



SERVICIO
PENITENCIARIO
PROVINCIAL
SAN JUAN

**INFORME DE EVALUACIÓN INTEGRAL INTERDISCIPLINARIO (IEII- Unidad de
Ingreso y Admisión)**

A) DATOS PERSONALES

Fecha de Ingreso:

Apellidos y Nombres:

Fecha de nacimiento: Edad:

Lugar: Nacionalidad:

Domicilio:

.....

Departamento / Localidad: Provincia:

D.N.I: Estado Civil: Casado/a – Divorciado/a – Soltero/a – Viudo/a.

Profesión u Oficio:

¿Se encontraba trabajando? SI/NO

B) SITUACIÓN LEGAL

Fecha de detención:

Dependencia:

Motivo del traslado:

Situación Legal: Procesado / Penado.

Causa:..... Juzgado:..

En perjuicio de quien (solo en caso de delito de violencia de género y/o intrafamiliar)

.....

Condena:

Reincidencia - Primario – Reiterante.

Reingreso en caso de quebrantamiento de beneficio y/o

libertad.....SI/NO.....

Causas pendientes de resolución:

¿Causas judicializadas durante la niñez o adolescencia SI-NO.



**SERVICIO
PENITENCIARIO
PROVINCIAL
SAN JUAN**

¿Cumplió medidas socioeducativas? SI-NO

Institucionalizaciones en centros de rehabilitación por conflictos con la ley: SI-NO

¿Cuenta con un defensor oficial? SI – NO ¿Quién?

¿Tiene comunicación con él?

c) INFORME EDUCACIONAL

Sabe Leer y Escribir: Si / No

Nivel Educativo alcanzado (antes del ingreso).

Primaria: Completa / Incompleta.

Secundaria: Completa / Incompleta.

Interés por participar de actividades:

Educativas Formales:

Educativas no formales:

Sección Deportes:

Actividades artísticas y/o culturales.....

d) DATOS INHERENTES A LA SITUACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR

Familiares de FF.AA.: SI – NO:

Familiares Detenidos: SI – NO:

Padre: vivo SI – NO.

Nombre y Apellido:

Edad: Nacionalidad:.....

Estado Civil: Soltero - Casado - Divorciado - Viudo – Unión Convivencial

Grado de instrucción alcanzado, profesión u oficio:



SERVICIO
PENITENCIARIO
PROVINCIAL
SAN JUAN

Madre: Viva SI – NO.

Nombre Y Apellido:

Edad: Nacionalidad:

Estado Civil: Soltera - Casada - Divorciada - Viuda – Unión Convivencial

Grado De Instrucción Alcanzado, Profesión U Oficio:

.....

Hermanos:

1.Nombre Y Apellido: Edad:

2.Nombre Y Apellido: Edad:

3.Nombre Y Apellido: Edad:

4.Nombre Y Apellido: Edad:

5.Nombre Y Apellido: Edad:

6.Nombre Y Apellido:Edad:

GRUPO FAMILIAR SECUNDARIO:

Nombre Y Apellido:

Edad: Nacionalidad:

Nivel De Instrucción Y Ocupación:

Tipo De Unión (Legal o, De Hecho): Casado/a. - Unión Convivencial

Tiene Hijos: Si - No ¿Cuántos? Hijos Fallecidos: Si – No

1. Nombres Y Apellidos: Edad:

2. Nombres Y Apellidos: Edad:

3. Nombres Y Apellidos: Edad:

4. Nombres Y Apellidos: Edad:

5. Nombres Y Apellidos: Edad:

6. Nombres y Apellidos: Edad:



**SERVICIO
PENITENCIARIO
PROVINCIAL
SAN JUAN**

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR DURANTE LA NIÑEZ O ADOLESCENCIA

Edad de inicio de actividades laborales

Situación económica precaria o inestable en el grupo familiar primario SI-NO

Presentó mendicidad y/o habitabilidad en situación de calle SI-NO.

Número de teléfono de algún familiar:

Personas que ingresaran como visita.

Padre – Madre – Hermanos (1.2.3.4.5.6) – Esposo/a – Concubino/a – Hijos (1.2.3.4.5.6) – Otros.

En caso de seleccionar otros, detallar datos a continuación:

Nombre, Apellido:Num.teléfono......

Domicilio:

Vínculo Filial:

- Régimen De Acercamiento Familiar: SI-NO Padre/Hermanos.

.....

- Régimen De Visita Intracarcelaria: SI/NO

Cónyuge/Pareja/Concubina.....

DATOS ANEXOS:

¿Posee su D.N.I? SI – NO ¿Por qué no?

E) INFORME LABORAL

Experiencia previa a la detención:

Capacitación en oficios:

Posee certificación del oficio: SI / NO

Capacitación y/o formación que resulte de interés:.....

Presenta posibilidad de inclusión laboral en el afuera SI/NO Cual/es?

.....

F) ASISTENCIA ESPIRITUAL

Señalar si practica algún culto:

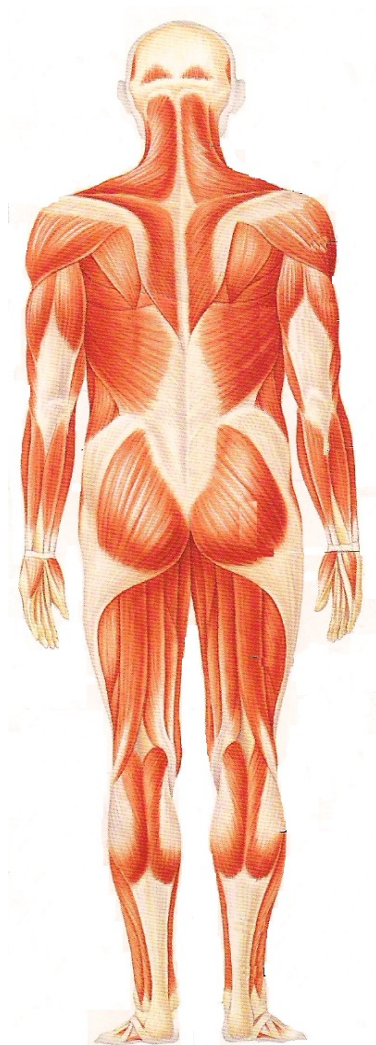
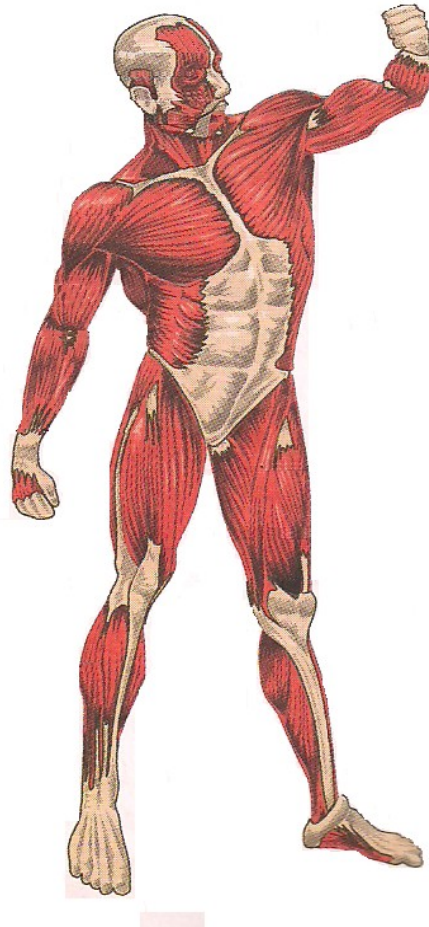
Indicar si desea participar en alguna actividad religiosa, conforme a sus creencias.....



SERVICIO
PENITENCIARIO
PROVINCIAL
SAN JUAN

SEÑAS PARTICULARES

- 1- TATUAJE
- 2- CICATRIZ
- 3- MARCAS





g) INFORME SANITARIO

Ítem 1: Informe Médico

Marque con una x lo que corresponda:

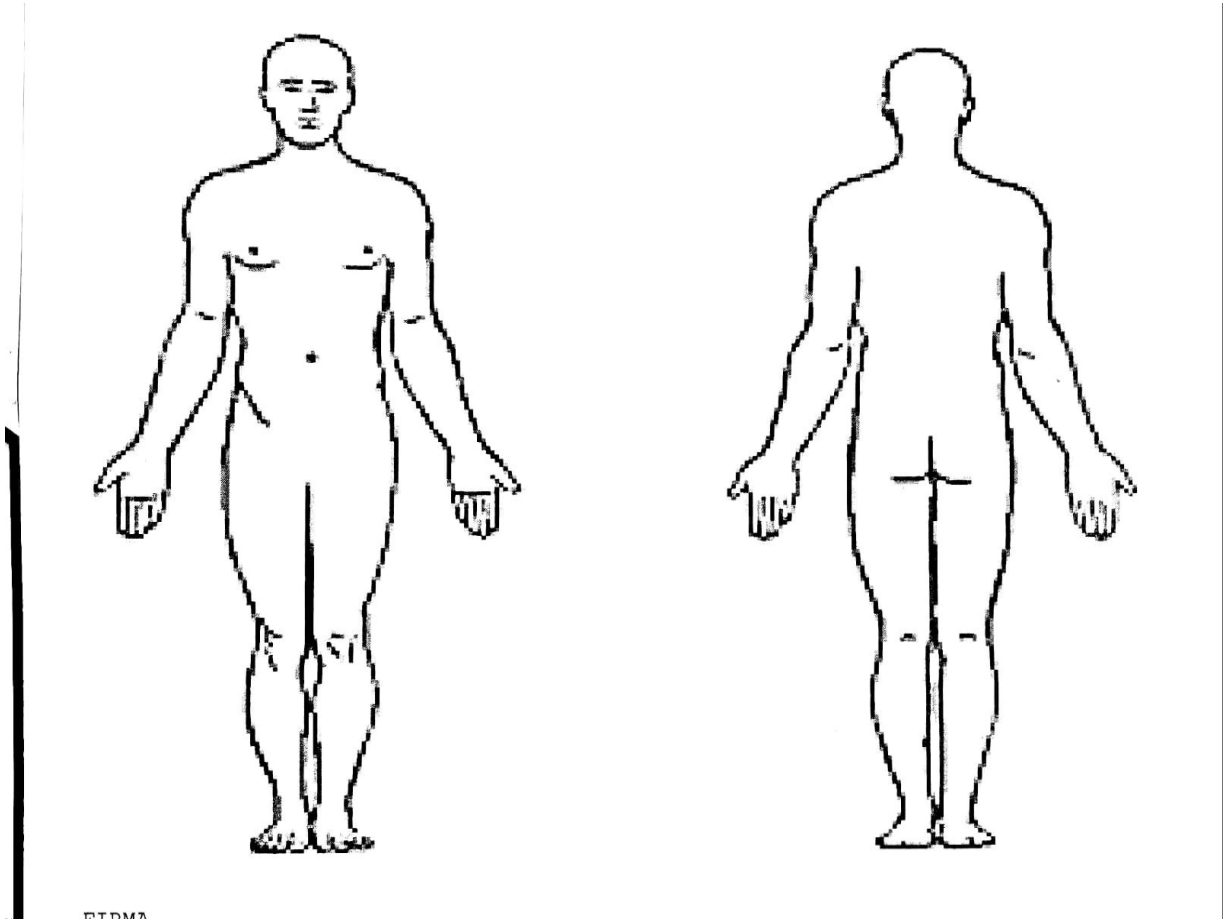
¿Padece o a padecido algunas de estas enfermedades?	S i	No
Hipertensión		
Diabetes		
¿Sufre alguna enfermedad al corazón?		
¿Cuál?		
Asma		
Enfermedades del sistema nervioso – Epilepsia.		
Alergia.		
Especifique:		
¿Es celiaco?		
¿Padece bulimia o anorexia?		
¿Toma alguna medicación?		
¿Cuál?		
¿Sufre sonambulismo?		
Embarazo		
¿Ha padecido en fecha reciente?	S i	No
Hepatitis		
Mononucleosis infecciosa		
Esguince, luxaciones, etc.		
Convulsiones u operaciones.		

• Datos Antropométricos:

Peso actual.	Talla.	IMC.	Diagnostico.	Tipificación de dieta.



SERVICIO
PENITENCIARIO
PROVINCIAL
SAN JUAN



OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO
ÁREA DE SANIDAD.



**SERVICIO
PENITENCIARIO
PROVINCIAL**
SAN JUAN

Ítem 2: Informe Psiquiátrico.

- Tuvo alguna vez diagnóstico psiquiátrico: SI – NO.

Especificar:

Institucionalizaciones en centros de rehabilitación SI-No (por consumo de sustancias).

Ítem 3: Informe Psicológico (Dispositivo de Salud Mental).

- Orientación Témporo-Espacial:
- Juicio De Realidad:
- Ideación:
- Estado Afectivo:
- Antecedentes De Autolesiones:
- Antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, estupefacientes, psicofármacos, inhalantes). SI-NO. Edad de Inicio..
- Consignar otros datos de Interés y sugerencias de intervención:

.....
.....
.....

FIRMA Y SELLO
ÁREA DE SALUD MENTAL.



SERVICIO
PENITENCIARIO
PROVINCIAL
SAN JUAN

H) OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS DE INTERVENCIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CLASIFICACIÓN:

I) SUGERENCIA DE ALOJAMIENTO:.....

Sector N°:

Pabellón N°:

FIRMA Y DIGITO DE LA PERSONA PPL.

FIRMA Y SELLO DEL
PERSONAL ACTUANTE DEL
ÁREA DE INGRESO.