

INSTITUTO PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO

ACUERDO NÚMERO DG-19-2022

Guatemala, 15 de febrero de 2022

**LA DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO PARA LA ASISTENCIA Y
ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO**

CONSIDERANDO:

Que el Decreto 21-2016 del Congreso de la República de Guatemala, Ley Orgánica del Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito y sus reformas, crea el Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito, denominado -Instituto de la Víctima-, con la finalidad de brindar asistencia y atención a las víctimas del delito, para lograr la reparación digna, a la cual tiene derecho. Así mismo, es el ente rector de las políticas victimológicas a nivel nacional, como persona jurídica autónoma, con patrimonio propio, independencia funcional y orgánica, se regirá por lo establecido en su Ley Orgánica y su reglamento.

CONSIDERANDO:

Que los numerales 1 y 6 del artículo 18 del Decreto 21-2016 del Congreso de la República de Guatemala, Ley Orgánica del Instituto de la Víctima, establecen que son funciones del Director (a) General, realizar una gerencia eficaz y dinámica del servicio, para la debida atención y protección a las víctimas; como aprobar las normativas internas, así como los manuales de trabajo. En ese mismo sentido, el artículo 12 del Acuerdo Número 33-2020 de la Dirección General del Instituto de la Víctima, Reglamento General de la Ley Orgánica del Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito, establece que el Director (a) General tiene plenas facultades técnicas, legales y administrativas, para ejercer todas las funciones que la Ley Orgánica y su Reglamento, demás reglamentos específicos y normas internas de funcionamiento le atribuyan, por ello tiene la obligación de establecer los lineamientos de trabajo del Instituto de la Víctima.

CONSIDERANDO:

Que dentro de la dinámica de actualización y modernización de la Dirección de Servicios Victimológicos del Instituto de la Víctima, es necesaria la actualización del Manual de Normas y Procedimientos de la Dirección de Servicios Victimológicos en coordinación con el Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional, debiendo ser aprobado por la Dirección General del Instituto de la Víctima con la finalidad de fortalecer los controles internos, de conformidad con la normativa correspondiente y la emitida por la Contraloría General de Cuentas, por lo que debe emitirse la disposición que apruebe la actualización de este Manual.

POR TANTO:

Con base en lo considerado y en uso de las funciones que le confieren los numerales 1 y 6 del artículo 18, y el artículo 26 Bis, ambos del Decreto Número 21-2016 del Congreso de la República, Ley Orgánica del Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito.

ACUERDA:

Artículo 1. Aprobación y actualización. Aprobar la actualización del Manual de Procedimientos de la Dirección de Servicios Victimológicos del Instituto de la Víctima, el cual queda sujeto a las actualizaciones que sean pertinentes por la necesidad del servicio, así como por reformas o nuevas disposiciones legales y administrativas relacionadas con la materia.

Artículo 2. Responsable. El Director (a) de la Dirección de Servicios Victimológicos del Instituto de la Víctima es el responsable del contenido, aplicación, control y seguimiento del Manual aprobado a través del presente Acuerdo, siendo su responsabilidad la implementación y socialización respectiva, así como proponer las actualizaciones y/o

revisiones a este Manual, en coordinación con el Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional, para ser aprobadas por la Dirección General.

Artículo 3. Aspectos no previstos. Los aspectos no previstos en el Manual aprobado a través del presente Acuerdo, serán resueltos en su orden por el Jefe (a) del Departamento respectivo, por el Director (a) de la Dirección de Servicios Victimológicos o por la Dirección General, según corresponda.

Artículo 4. Derogatoria. Se deroga el Numeral ocho (8) Manual de Normas y Procedimientos de la Dirección de Servicios Victimológicos, punto Primero del Acuerdo Número DG guion sesenta y dos guion dos mil veinte (DG-62-2020) de fecha veintiocho (28) de diciembre de dos mil veinte (2020) de la Dirección General del Instituto de la Víctima y demás disposiciones internas que contravengan lo establecido en el presente Acuerdo.

Artículo 5. Vigencia. El presente Acuerdo surte efectos inmediatamente.

NOTIFÍQUESE


MSc. Alejandra Carrillo
Directora General
Instituto de la Víctima





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA
DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS**


APROBADO MEDIANTE ACUERDO

DG-19-2022

DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS

VERSIÓN 2

GUATEMALA, FEBRERO 2022

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
		PÁGINA: 2 DE 127	


Vigencia: 15/02/2022	Código: DSV-MA-1	Elaboración: 26/01/2022
-----------------------------	-------------------------	--------------------------------

Ámbito de Aplicación:

DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS DEL INSTITUTO PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS

Etapas	Nombre y cargo	Firma	Fecha
Elaborado por:	Dra. Vilma Liceth Rojas Montejo Directora de Servicios Victimológicos		26/01/2022
Diseñado y Estructurado por:	Londy Lucrecia Elias Ceseña Jefe III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional		28/01/2022
Revisado por:	Licda. Ana Lucía González Solís Secretaria General		04/02/2022
Aprobado por:	MSc. Mayra Alejandra Carrillo de León Directora General		15/02/2022

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	OBJETIVOS	5
3.	PROCEDIMIENTO DE INGRESO, ORIENTACIÓN Y ADMISIÓN DE CASOS	6
4.	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	23
5.	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE	57
6.	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA	72
7.	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN SOCIAL	97
8.	CONTROL DE CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES	127

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022


INTRODUCCIÓN

En el marco de las disposiciones constitucionales y responsabilidades internacionales asumidas por el Estado de Guatemala en materia de Derechos Humanos, concretamente en el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el Congreso de la República de Guatemala, aprobó el Decreto Número 21-2016 que crea el Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito, para brindar asistencia legal y atención victimológica a las víctimas del delito, así como ser el ente rector de las políticas victimológicas a nivel nacional como persona jurídica autónoma, con patrimonio propio e independencia funcional y orgánica, el cual se rige por lo establecido en su ley orgánica y su reglamento.

Por lo tanto, se creó la Dirección de Servicios Victimológicos como la encargada de prestar los servicios victimológicos necesarios para la recuperación integral de las víctimas del delito, y para ello, cuenta con el Manual de Procedimientos de la Dirección de Servicios Victimológicos, que es el documento de control que desarrolla de manera detallada, ordenada, sistemática y comprensible, las normas y procedimientos de los diferentes servicios que brinda dicha dependencia, considerando que el procedimiento permite controlar y estandarizar el cumplimiento de las funciones, evitando de esta manera la duplicidad y haciendo un uso eficiente y racional de los recursos humanos, técnicos y materiales de la Dirección de Servicios Victimológicos.

En este contexto, el manual detalla los pasos que se seguirán para la prestación de los servicios que brinda la Dirección de Servicios Victimológicos, permitiendo una visión integral de los procedimientos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

Para hacer efectivas las funciones de la Dirección de Servicios Victimológicos, el manual se basa en el enfoque de derechos humanos, enfoque victimológico, enfoque de género, enfoque de discapacidad, enfoque diferencial y especializado, multi e intercultural y otros enfoques que hacen posible la atención digna e integral con calidad y calidez que debe brindar el Instituto de la Víctima.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

OBJETIVOS

General

Establecer y detallar los procedimientos para que la Dirección de Servicios Victimológicas pueda prestar los servicios victimológicos necesarios, para la recuperación integral de las víctimas del delito y la reparación digna.

Específicos

- Describir de manera detallada, los pasos que se seguirán para la prestación de los servicios de la Dirección de Servicios Victimológicos.
- Orientar las actuaciones del personal para la prestación de los servicios de la Dirección de Servicios Victimológicos.
- Determinar en qué momento participará cada uno de los profesionales de la Dirección de Servicios Victimológicos para brindar la atención necesaria a las víctimas del delito.




**PROCEDIMIENTO DE INGRESO,
ORIENTACIÓN Y ADMISIÓN DE CASOS**

**DIRECCIÓN DE ASISTENCIA LEGAL Y
DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS**

VERSIÓN 2

GUATEMALA, FEBRERO 2022

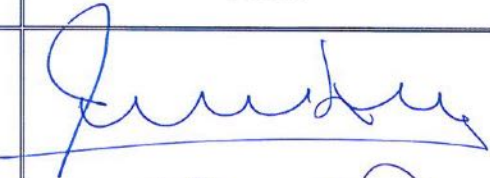




	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 7 DE 127


Vigencia: 15/02/2022	Código: DAL-DSV-PRO-1	Elaboración: 28/09/2021
-----------------------------	------------------------------	--------------------------------


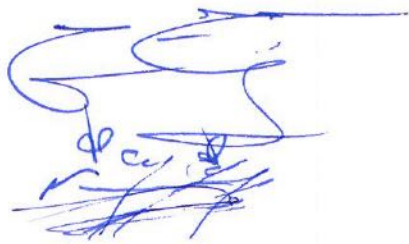
Ámbito de Aplicación:


**DIRECCIÓN DE ASISTENCIA LEGAL Y DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS
DEL INSTITUTO PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO**

PROCEDIMIENTO DE INGRESO, ORIENTACIÓN Y ADMISIÓN DE CASOS

Etapas	Nombre y cargo	Firma
Elaborado por:	Lic. Jeremy David Arrecis Muñoz Jefe del Departamento de Litigio Estratégico y Reparación Digna	
	Lic. Allan Josué Maas Jácome Jefe del Departamento de Impugnaciones, Acciones Constitucionales y Control de Convencionalidad	
	Lic. David Antonio Monterroso Fuentes Profesional Especializado III Dirección de Servicios Victimológicos	
	Licda. Joselin Analy Ostorga Castro Profesional Especializado II Departamento de Trabajo Social Dirección de Servicios Victimológicos	
	Licda. Thelma Azucena Vásquez Rodas Profesional Especializado II Departamento de Trabajo Social Dirección de Servicios Victimológicos	

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 8 DE 127

Diseñado y Estructurado por:	Londy Lucrecia Elias Ceseña Jefe III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional	
Revisado por:	Lic. Rodolfo Fidel Díaz Tello Director de Asistencia Legal Dra. Vilma Liceth Rojas Montejo Directora de Servicios Victimológicos	

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 9 DE 127


1. PROPÓSITO Y ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO

Estandarizar el ingreso, la orientación y admisión de casos que serán atendidos por el Instituto de la Víctima, a través de una serie de actividades detalladas, ordenadas y comprensibles que permiten brindar la atención integral de manera adecuada. El procedimiento se aplicará en las sedes y subsedes del Instituto de la Víctima.

2. GLOSARIO

Para la correcta aplicación de lo dispuesto en el presente procedimiento se entiende por:


- a) **Atención integral:** Es el conjunto de acciones y procedimientos coordinados que responden a las necesidades e intereses de las víctimas del delito, para su recuperación digna e integral, evitando la victimización secundaria.
- b) **Criterios de admisibilidad y/o de viabilidad:** Parámetros establecidos para delimitar el tipo de víctimas y de delitos a los que se brindará el servicio.
- c) **Modelo de Asistencia y Atención Integral del Instituto de la Víctima (MAIVI):** Es un conjunto sistemático y ordenado de principios, enfoques, procesos, procedimientos, estrategias y acciones para brindar atención urgente, protección, asistencia legal, atención victimológica, reparación y empoderamiento, para la recuperación y reparación digna de la víctima del delito.
- d) **Orientación:** Acción de escuchar a la víctima, identificando sus necesidades y valorando su admisibilidad, para ofrecerle los servicios que están disponibles en el Instituto de la Víctima, asesorándolas y de ser necesario, referirlas a la dependencia correspondiente para su recuperación integral.
- e) **Reparación digna:** Es la restitución de condiciones y derechos a que tiene derecho la víctima; comprende la restauración del derecho afectado por el hecho delictivo, que inicia desde reconocer a la víctima como persona con todas sus circunstancias como sujeto de derecho contra quien recayó la acción delictiva, hasta las alternativas disponibles para su reincorporación social a fin de disfrutar o hacer uso lo más pronto posible del derecho afectado, en la medida que tal reparación sea humanamente posible y, en su caso, la indemnización de los daños y perjuicios derivados de la comisión del delito.
- f) **Víctima:** Personas que individual o colectivamente hayan sufrido daños, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente. Se incluye, además, en su caso, al cónyuge, a los familiares o dependientes inmediatos de la víctima directa y/o a la persona que conviva con ella en el momento de cometerse el delito, y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir victimización.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
		PÁGINA: 10 DE 127	


1. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABLES

El Procedimiento de Ingreso, Orientación y Admisión de Casos contiene las actividades, responsables y descripciones siguientes:


ACTIVIDADES	RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
3.1 ORIENTACIÓN A PERSONAS Y ADMISIÓN DE CASOS		
1.	Registro de los datos de la persona y/o víctima	<p>Persona que registra información</p> <p>Registra los datos de la persona y/o víctima y convoca a Abogado(a) y Trabajador(a) Social de turno.</p> <p>Nota 1: Si la persona y/o víctima presenta un estado emocional o de salud inestable que amerite recibir atención inmediata, coordina para que se le brinde el servicio que corresponda.</p>
2.	Ingreso al MAIVI	<p>Abogado(a)/ Trabajador(a) Social</p> <p>Realizan el ingreso de la persona y/o víctima al MAIVI para ser atendida.</p>
3.	Orientación a la persona y/o víctima	<p>Abogado(a)/ Trabajador(a) Social</p> <p>A través de la atención integral brindan orientación a la persona y/o víctima que acuda al Instituto de la Víctima, ingresando la información al sistema informático e identifican su admisibilidad.</p> <p>Si no es admisible, continúa en la actividad 4. Si es admisible, pero está pendiente la presentación de la denuncia, continúa en la actividad 5.</p>
4.	Identificación de la necesidad y no admisibilidad	<p>Abogado(a)/ Trabajador(a) Social</p> <p>Identifican la necesidad, brindan orientación legal-victimológica y se deriva cuando corresponda utilizando la Ficha de Referencia Externa.</p> <p>Nota 2: De ser necesario en cualquier momento, se le brinda asistencia legal y atención médica y/o psicológica por una única vez. Finaliza el procedimiento.</p> <p>Nota 3: Si es niña, niño o adolescente se utiliza la Ficha de Referencia Externa para Niños, Niñas y/o Adolescentes DTS-FOR-2, o si es un adulto se utiliza la Ficha de Referencia Externa para Adultos DTS-FOR-3.</p>

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 11 DE 127

5.	Verificación de denuncia	Abogado(a)/ Trabajador(a) Social	Asesoran y se le refiere al Ministerio Público para que una vez presentada, regrese al Instituto de la Víctima para continuar con el procedimiento que corresponda.
6.	Admisibilidad del caso	Abogado(a)/ Trabajador(a) Social	<p>Si el caso es admisible, informan a la víctima sobre los derechos que le asisten y su rol dentro del proceso penal, especialmente su presencia en cada una de las diligencias y audiencias que se requiera, decidiendo si desea los servicios del Instituto de la Víctima, firma el Consentimiento Informado de Aceptación de los Servicios para Niños, Niñas, Adolescentes y Personas Adultas que Necesiten Representación Legal que brinda el Instituto de la Víctima DAL-DSV-FOR-1 y en caso de adultos firma el Consentimiento Informado de Aceptación de los Servicios para Adultos que brinda el Instituto de la Víctima DAL-DSV-FOR-2.</p> <p>Ingresan la información al sistema informático de acuerdo con el tipo de asistencia y atención que solicita.</p> <p>Si no acepta los servicios, finaliza el procedimiento.</p> <p>Nota 4: En caso de niños, niñas, adolescentes o personas adultas que necesiten representante legal, se requerirá la autorización de este.</p> <p>Nota 5: Si por lo extenso o complejo del caso planteado es necesario examinarlo, se tomará un plazo prudencial para adoptar una decisión si se admite o no el caso.</p>
7.	Información sobre la reparación digna y mecanismos judiciales	Abogado(a)/ Trabajador(a) Social	Informan a la víctima sobre la reparación digna por el daño sufrido y los mecanismos judiciales y administrativos para obtenerla, así como recabar su opinión, respecto a la expectativa de reparación digna, lo cual quedará consignado en la Ficha de Primera Atención DSV-FOR-1 y Formulario para Primer Contacto DAL-FOR-1 .
8.	Asignación de tipificación provisional	Abogado(a)/ Trabajador(a) Social	De lo informado por la víctima, se asigna en el sistema informático una tipificación provisional del delito.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 12 DE 127

9.	Identificación de riesgo	Abogado(a)/ Trabajador(a) Social	Identifican el nivel de riesgo que pueda presentar la víctima a través de la Evaluación Diagnóstica Inicial DTS-FOR-10 para que se tomen las medidas necesarias y urgentes que permitan el resguardo y protección de la víctima del delito.
10.	Identificación de diligencias urgentes	Abogado(a)/ Trabajador(a) Social	Identifican si existen audiencias o diligencias urgentes programadas, paralelamente, establecen si hay acciones victimológicas previas a fin de reducir la victimización secundaria.
11.	Conformación de expediente	Abogado(a)/ Trabajador(a) Social	Con el Consentimiento Informado, el registro en el sistema informático y documentos que proporciona la víctima, se conforma el expediente.
12.	Traslado de expediente	Abogado(a)	Traslada el expediente a la Dirección de Asistencia Legal para su asignación.
13.	Derivación y seguimiento interno	Trabajador(a) Social	Realiza las derivaciones y seguimientos internos y/o externos correspondientes y traslada el expediente a la Dirección de Servicios Victimológicos para su asignación. Finaliza el procedimiento.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 13 DE 127

4. DOCUMENTOS RELACIONADOS

4.1 Procedimientos

N/A


4.2 Formularios, instructivos, guías y otros

- 4.2.1 Modelo de Asistencia y Atención Integral del Instituto de la Víctima -MAIVI-
- 4.2.2 Protocolo de Litigio Estratégico de la Dirección de Asistencia Legal
- 4.2.3 Compendio de Ley y Acuerdos de Dirección y Consejo Directivo
- 4.2.4 Compendio de Criterios Jurisprudenciales
- 4.2.5 Protocolo de Atención Victimológica a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Maltrato, Violencia Sexual y Trata de Personas
- 4.2.6 Reglamento de Criterios de Admisibilidad y/o Viabilidad para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito
- 4.2.7 Guía para el Manejo de Expedientes de la Dirección de Asistencia Legal
- 4.2.8 DSV-FOR-1 Ficha de Primera Atención
- 4.2.9 DAL-FOR-1 Formulario para Primer Contacto
- 4.2.10 DAL-DSV-FOR-1 Consentimiento Informado de Aceptación de los Servicios para
- 4.2.11 Niños, Niñas, Adolescentes y Personas Adultas que Necesiten Representación Legal que brinda el Instituto de la Víctima
- 4.2.12 DAL-DSV-FOR-2 Consentimiento Informado de Aceptación de los Servicios para Adultos que brinda el Instituto de la Víctima
- 4.2.13 DTS-FOR-2 Ficha de Referencia Externa para Niños, Niñas y/o Adolescentes
- 4.2.14 DTS-FOR-3 Ficha de Referencia Externa para Adultos
- 4.2.15 DTS-FOR-10 Evaluación Diagnóstica Inicial

4.3 Documentos externos

N/A

5. ANEXOS

	PROCESAMIENTO		
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL			
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 14 DE 127

NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE

FICHA DE PRIMERA ATENCIÓN

1. Información General

Lugar de la atención:

Caso:

2. Datos Personales de la Víctima

Nombre de la víctima:

Apellido de la víctima:

Fecha de nacimiento:

Sexo: Masculino Femenino

Código nacional:


Identificación:

Fecha de nacimiento:

Identificación:

Observaciones:

3. Descripción del caso

	PROCESAMIENTO		
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL			
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 14 DE 127

4. Observación al/los individuo/s víctima/s

5. Tipo de atención que requiere

Psicología
 Salud física
 Asesoría
 Atención legal
 Otro

¿La víctima es vulnerable y/o vulnerable en su entorno? SI NO

Observaciones:

¿Con qué se enfrenta la víctima?


Identificación:

6. Actitudes recibidas


7. Recomendaciones y/o sugerencias

1. _____ 2. _____

*Nota: cualquier sugerencia o comentario por parte de la víctima.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
		PÁGINA: 15 DE 127	

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	FORMULARIO PARA PRIMER CONTACTO		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 15 DE 127

FORMULARIO PARA PRIMER CONTACTO

Fecha: _____

Nombre del usuario (o): _____

Nombre del profesional: _____

1. ¿Cuál es la queja que expone del Sistema de Justicia en Guatemala y qué rol que le desea que cumpla?

2. ¿Qué rol que desea que desempeñe (ingrese)?

¿Qué es la Reparación Digna?

La Ley de la Víctima y el Familiares de las Víctimas de la Delincuencia Cuasi delictiva y delictiva establece que la reparación digna es el conjunto de medidas que el Estado debe adoptar para reconocer y reparar el daño causado a las víctimas y sus familiares, así como para prevenir la reincidencia de los delitos.

¿Qué medidas de Reparación Digna existen?

La Ley de la Víctima y el Familiares de las Víctimas de la Delincuencia Cuasi delictiva y delictiva establece que las medidas de Reparación Digna son:

REHABILITACIÓN

Las medidas de rehabilitación consisten en brindar apoyo psicológico, médico y social a las víctimas y sus familiares, así como en brindar apoyo para la reintegración social y laboral.

RESTITUCIÓN


Las medidas de restitución consisten en devolver a las víctimas y sus familiares los bienes que fueron sustraídos o dañados, así como en brindar apoyo para la recuperación de los bienes.

COMPENSACIÓN


Las medidas de compensación consisten en brindar apoyo económico a las víctimas y sus familiares, así como en brindar apoyo para la recuperación de los bienes.

NO REPARACIÓN

Las medidas de no reparación consisten en brindar apoyo psicológico, médico y social a las víctimas y sus familiares, así como en brindar apoyo para la reintegración social y laboral.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 16 DE 127

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">FORMULARIO</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><small>FORMULARIO QUE DEBE SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA VÍCTIMA, EN CASO DE MENORES DE EDAD, O POR LA VÍCTIMA EN CASO DE ADULTOS, PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA.</small></td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</td> <td style="width: 25%;">FORMA DE SOLICITUD</td> <td style="width: 25%;">FORMA DE ATENCIÓN</td> <td style="width: 25%;">FECHA Y LUGAR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">NÚMERO DEL CASO O EXPEDIENTE</p> <p style="text-align: center;">Tipo de delito: _____</p> <p style="text-align: center;">CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA NIÑO, NIÑA, ADOLESCENTE Y PERSONA ADULTA QUE NECESITEN REPRESENTACIÓN LEGAL QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</p> <p>El Instituto de la Víctima busca apoyar al niño, niña, o adolescente y a usted, por eso queremos asegurarnos de que se sientan respetados, valorados y protegidos. Usted ha buscado y utilizado los servicios de la institución y por esta razón, deseamos acompañarlo y brindarle el mejor servicio que ustedes necesitan. Para ello, solicitamos que durante la asistencia legal, atención psicológica, médica y social que es brindada, podamos contar con su importante participación y que usted acepte y se comprometa a cumplir con los requerimientos de cada atención que se le brindará a:</p> <p style="text-align: center;">los cuales se describen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención social: Atender y asistir al desarrollo de la niña, niño, adolescente o la persona adulta que usted representa para que podamos realizar entrevistas, observaciones, evaluaciones, análisis socioeconómicos e informes sociales que nos permitan contar con información importante sobre el caso, acompañamiento y seguimiento necesarios así como responder a las contingencias legales que realice el imputado de la Víctima, cuando lo considere necesario. También aceptar la mediación y derivación a otras instituciones u organizaciones que pueda haber el Instituto de la Víctima, siempre buscando la mejor atención de acuerdo con las necesidades del niño, niña, adolescente o persona adulta mayor que está representando. • Atención psicológica: Asistir de manera puntual a las citas de psicoterapia, en el día y hora que sean programadas, atender entrevistas y evaluaciones necesarias para desarrollar el plan de tratamiento psico-social, además, participar activamente en el proceso psicoterapéutico. • Atención médica: Asistir a entrevistas, exámenes físicos, exámenes de laboratorio y tratamiento médico de atención primaria o referencias a otros servicios de salud que nos servirá para atender la atención de salud que su caso requiere. • Asistencia legal: Asistir de manera puntual a todas las diligencias, audiencias y citaciones de las diferentes instituciones del sector judicial; recibir orientación y asistencia legal exclusiva en las fases del proceso penal que lo requieren, o legal, implica que la abogada o el fiscalista no puede actuar de forma conjunta, separada e indistintamente con abogado particular. 	FORMULARIO				<small>FORMULARIO QUE DEBE SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA VÍCTIMA, EN CASO DE MENORES DE EDAD, O POR LA VÍCTIMA EN CASO DE ADULTOS, PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA.</small>				INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	FORMA DE SOLICITUD	FORMA DE ATENCIÓN	FECHA Y LUGAR					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">FORMULARIO</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><small>FORMULARIO QUE DEBE SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA VÍCTIMA, EN CASO DE MENORES DE EDAD, O POR LA VÍCTIMA EN CASO DE ADULTOS, PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA.</small></td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</td> <td style="width: 25%;">FORMA DE SOLICITUD</td> <td style="width: 25%;">FORMA DE ATENCIÓN</td> <td style="width: 25%;">FECHA Y LUGAR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Si así lo requiere, el abogado del Instituto de la Víctima avisará a su abogado para que pueda acompañar a la persona que tiene a su cargo para acompañar las veces que sean necesarias a prestar declaración testimonial, comparecer en juicio o acudir a juicio en el proceso penal, así como recibir los servicios victimológicos necesarios para su recuperación integral.</p> <p>La información que el Instituto de la Víctima le suministrará será confidencial, es decir, no será divulgada a nadie, se utilizará solamente para apoyar al niño, niña, adolescente o persona adulta que tiene a cargo en su recuperación física y reparación digna para que retome su proyecto de vida, siendo este nuestro objetivo. Si en algún momento necesita una pausa, tiene alguna pregunta o inquietud, háganoslo saber, estamos para servirle.</p> <p>Además, es importante que tenga conocimiento que, en cualquier momento, recibirá llamadas de personal del Instituto, con la finalidad de darle seguimiento a la atención que recibió la persona o su cargo por parte de los profesionales de la institución, mantener el respeto hacia los profesionales que le brindarán la asistencia legal y atención victimológica, así como informar cuando variable de residencia o de número de teléfono.</p> <p>Por todo lo anterior, RECONOCIENDO que se me ha explicado y he comprendido la importancia de mi participación y cooperación en todo momento para que el Instituto de la Víctima pueda brindar al niño, niña, adolescente o la persona adulta a mi cargo, la asistencia legal y atención victimológica oportuna a la que tengo derecho:</p> <p>Nombre de la persona que recibirá la atención: _____</p> <p>Nombre del encargado/a: _____</p> <p>Firma/huella: _____</p> <p>Documento Personal de identificación: _____</p> <p>Lugar y fecha: _____</p> <p>Nombre del abogado que atendió: _____</p> <p>Nombre de la Trabajadora Social que atendió: _____</p>	FORMULARIO				<small>FORMULARIO QUE DEBE SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA VÍCTIMA, EN CASO DE MENORES DE EDAD, O POR LA VÍCTIMA EN CASO DE ADULTOS, PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA.</small>				INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	FORMA DE SOLICITUD	FORMA DE ATENCIÓN	FECHA Y LUGAR				
FORMULARIO																																	
<small>FORMULARIO QUE DEBE SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA VÍCTIMA, EN CASO DE MENORES DE EDAD, O POR LA VÍCTIMA EN CASO DE ADULTOS, PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA.</small>																																	
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	FORMA DE SOLICITUD	FORMA DE ATENCIÓN	FECHA Y LUGAR																														
FORMULARIO																																	
<small>FORMULARIO QUE DEBE SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA VÍCTIMA, EN CASO DE MENORES DE EDAD, O POR LA VÍCTIMA EN CASO DE ADULTOS, PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA.</small>																																	
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	FORMA DE SOLICITUD	FORMA DE ATENCIÓN	FECHA Y LUGAR																														

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</th> </tr> <tr> <th colspan="4">PROCESO DE ATENCIÓN Y ASISTENCIA PSICOLÓGICA Y LEGAL A LAS VÍCTIMAS</th> </tr> <tr> <th colspan="4">FORMULARIO QUE SIRVE PARA EL REGISTRO DE LA VÍCTIMA</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">FECHA DE ENTREVISTA</th> <th style="width: 25%;">PÁGINA: 2</th> <th style="width: 25%;">NOMBRE DE LA VÍCTIMA</th> <th style="width: 25%;">PÁGINA: 1 DE 2</th> </tr> </table>	INSTITUTO DE LA VÍCTIMA				PROCESO DE ATENCIÓN Y ASISTENCIA PSICOLÓGICA Y LEGAL A LAS VÍCTIMAS				FORMULARIO QUE SIRVE PARA EL REGISTRO DE LA VÍCTIMA				FECHA DE ENTREVISTA	PÁGINA: 2	NOMBRE DE LA VÍCTIMA	PÁGINA: 1 DE 2
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA																	
PROCESO DE ATENCIÓN Y ASISTENCIA PSICOLÓGICA Y LEGAL A LAS VÍCTIMAS																	
FORMULARIO QUE SIRVE PARA EL REGISTRO DE LA VÍCTIMA																	
FECHA DE ENTREVISTA	PÁGINA: 2	NOMBRE DE LA VÍCTIMA	PÁGINA: 1 DE 2														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE</td> </tr> </table>	NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE															
NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE																	
	Tipo de delito: _____																
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTO QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA																	
<p>El Instituto de la Víctima busca apoyar a los ciudadanos asegurando de que se sienta respetado, valorado y protegido. Usted ha buscado voluntariamente los servicios de la institución y por esa razón, deseamos acompañarle y brindarle el mejor servicio que usted necesite. Para ello, solicitamos que, durante la asistencia legal, atención psicológica, médica y social que le brindaremos, podamos contar con su honesta participación y que usted acepte y se comprometa a cumplir con los requerimientos de cada atención que se le brindará, las cuales se describen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención social: Atender visitas a su domicilio para que podamos realizar entrevistas, observaciones, evaluaciones, estudios socioeconómicos o entrevistas sociales que nos permitan contar con información importante sobre su caso; acompañamiento y seguimiento necesario, así como responder a las comunicaciones telefónicas que realice el Instituto de la Víctima, cuando lo considere necesario. También aceptar la coordinación y derivación a otras instituciones u organizaciones que pueda haber; el Instituto de la Víctima, siempre buscando la mejor atención de acuerdo con sus necesidades. • Atención psicológica: Asistir de manera puntual a las citas de psicoterapia, en el día y hora que sea programada; atender entrevistas y evaluaciones necesarias para desarrollar el plan de tratamiento psicológico; además, participar activamente en el proceso psicoterapéutico. • Atención médica: Asistir a entrevistas, exámenes físicos, exámenes de laboratorio y tratamiento médico de atención primaria o referencias a otros servicios de salud que nos servirán. Para ofrecerle la atención de salud que su caso requiere. • Asistencia legal: Asistir de mano a punto a todas las diligencias, audiencias y citaciones de las diferentes instituciones del sistema judicial; recibir orientación y asistencia legal exclusiva en los fases del proceso penal que lo requieran, lo cual, implica que el abogado del Instituto no puede actuar de forma conjunta, separada e independientemente con abogado particular. 																	
<p>Si así lo requiere, el abogado del Instituto de la Víctima avisará a su empleador para que pueda comparecer las veces que sean necesarias, para prestar declaración testimonial, participar en cualquier audiencia o diligencia del proceso penal, así como recibir los servicios victimológicos necesarios para su recuperación integral.</p> <p>La información que el Instituto de la Víctima le solicite será confidencial, es decir, no será divulgada a nadie, se utilizará únicamente para apoyarlo en su recuperación integral y reparación digna para que retome su proyecto de vida, siendo ese nuestro objetivo. Si en algún momento necesita una pausa, tiene alguna pregunta o inquietud, háganoslo saber, estamos para servirle.</p> <p>Además, es importante que tenga conocimiento que, en cualquier momento, recibirá llamadas de personal del Instituto, con la finalidad de darle seguimiento a la atención recibida por parte de los profesionales de la institución. Además, se le solicita el debido respeto hacia los profesionales que le brindarán la asistencia legal y atención victimológica, así como informar oportunamente cuando cambie de residencia o de número de teléfono.</p> <p>Por todo lo anterior, RECONOZCO que se me ha explicado y he comprendido la importancia de mi participación y cooperación en todo momento para que el Instituto de la Víctima pueda brindarme la asistencia legal y atención victimológica oportuna a la que tengo derecho.</p>																	
Nombre: _____ Pertenencia: _____ Documento Personal de Identificación: _____ Lugar y fecha: _____ Nombre del abogado que atiende: _____ Nombre de la Trabajadora Social que atiende: _____																	

FORMULARIO			
FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑO, NIÑA Y/O ADOLESCENTE			
FORMA: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 18 DE 127

FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑO, NIÑA Y/O ADOLESCENTE

Lugar y fecha: _____
 Número de expediente: _____
 Tipo de delito: _____
 Tipo de víctima: Directa Indirecta

I. DATOS GENERALES			
Nombre completo			
Edad			
Lugar y fecha de nacimiento			
Educación			
Nacionalidad			
Documento Personal de Identificación			
Religión			
Residencia			
Ocupación			
Ocupación actual			
Tipo de discapacidad	<input type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Auditiva		
¿La persona recibe atención diferenciada y especializada?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OTRA ?		
Dirección completa de domicilio			
Números de teléfono	Celular	Teléfono	Cable

FORMULARIO			
FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑO, NIÑA Y/O ADOLESCENTE			
FORMA: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 18 DE 127


II. DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE			
Nombre			
Edad			
Lugar y fecha de nacimiento			
Documento Personal de Identificación			
Domicilio			
Procedencia domicilio			
Profesión			
Ocupación			
Números de teléfonos	Celular	Teléfono	Cable
Parentesco o relación con el NNA con persona que acompaña			

III. INSTITUCIÓN A DONDE SE REFIERE	
Nombre de la institución/organización	
Área a donde se refiere	
Dirección	
Acción que requiere	

Registro de la Dirección de Servicios Victimológicos y Atención a Víctimas del Instituto de la Víctima

Documentos signados (DPI) con fecha de nacimiento de la víctima: _____

 DIRECTOR GENERAL
 INSTITUTO DE LA VÍCTIMA

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 19 DE 127

FORMATO			
FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS			
REVISED: 02-2022	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 19/127

FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTO

Lugar y fecha: _____
 Número de expediente: _____
 Tipo de delito: _____
 Tipo de víctima: Divida Individa

I. DATOS GENERALES			
Nombre completo			
Educación			
Lugar y fecha de nacimiento			
Estado civil			
Nacionalidad			
Documento Personal de Identificación			
Idioma			
Nacionalidad			
Sexo			
Educación			
Ocupación			
Tipo de discapacidad	Ninguna Visual	Física Lingüística	Intelectual Auditiva
¿La persona recibe atención diferenciada y especializada?	SI: NO ¿CÓMO?		
Dirección completa de domicilio			
Números de teléfonos	Celular	Fijo	Casa
II. INSTITUCIÓN A DONDE SE REFIERE			
Nombre de la institución/organización			
Área a donde se refiere			
Dirección			
Atención que necesita			

Documentos sugeridos: (DPI, certificación de nacimiento, denuncia etcétera)

(F) _____
 NOMBRE DEL INSPECTOR GENERAL
 DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA

Imprimir siempre considerando el formato de página

FORMULARIO
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL

CÓDIGO DSV-MA-1 VERSIÓN 2 FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022 PÁGINA 10 DE 8

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la víctima: _____
 Número de expediente: _____

INFORMACIÓN DEL CASO

Fecha de inicio de la violencia: _____
 Fecha de evaluación: _____

DIAGNÓSTICO

¿Cómo se percibe la víctima? (Seleccione una opción)

Bien Regular Inestable Mala Muy mala

¿Cuál es el nivel de riesgo? (Seleccione una opción)

Bajo Medio Alto Muy alto

¿Cuál es el nivel de apoyo? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de protección? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de atención? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de seguimiento? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

FORMULARIO
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL

CÓDIGO DSV-MA-1 VERSIÓN 2 FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022 PÁGINA 20 DE 8

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la víctima: _____
 Número de expediente: _____

INFORMACIÓN DEL CASO

Fecha de inicio de la violencia: _____
 Fecha de evaluación: _____

DIAGNÓSTICO

¿Cómo se percibe la víctima? (Seleccione una opción)

Bien Regular Inestable Mala Muy mala

¿Cuál es el nivel de riesgo? (Seleccione una opción)

Bajo Medio Alto Muy alto

¿Cuál es el nivel de apoyo? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de protección? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de atención? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de seguimiento? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

FORMULARIO
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL

CÓDIGO DSV-MA-1 VERSIÓN 2 FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022 PÁGINA 10 DE 8

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la víctima: _____
 Número de expediente: _____

INFORMACIÓN DEL CASO

Fecha de inicio de la violencia: _____
 Fecha de evaluación: _____

DIAGNÓSTICO

¿Cómo se percibe la víctima? (Seleccione una opción)

Bien Regular Inestable Mala Muy mala

¿Cuál es el nivel de riesgo? (Seleccione una opción)

Bajo Medio Alto Muy alto

¿Cuál es el nivel de apoyo? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de protección? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de atención? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de seguimiento? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

FORMULARIO
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL

CÓDIGO DSV-MA-1 VERSIÓN 2 FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022 PÁGINA 20 DE 8

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la víctima: _____
 Número de expediente: _____

INFORMACIÓN DEL CASO

Fecha de inicio de la violencia: _____
 Fecha de evaluación: _____

DIAGNÓSTICO

¿Cómo se percibe la víctima? (Seleccione una opción)

Bien Regular Inestable Mala Muy mala

¿Cuál es el nivel de riesgo? (Seleccione una opción)

Bajo Medio Alto Muy alto

¿Cuál es el nivel de apoyo? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de protección? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

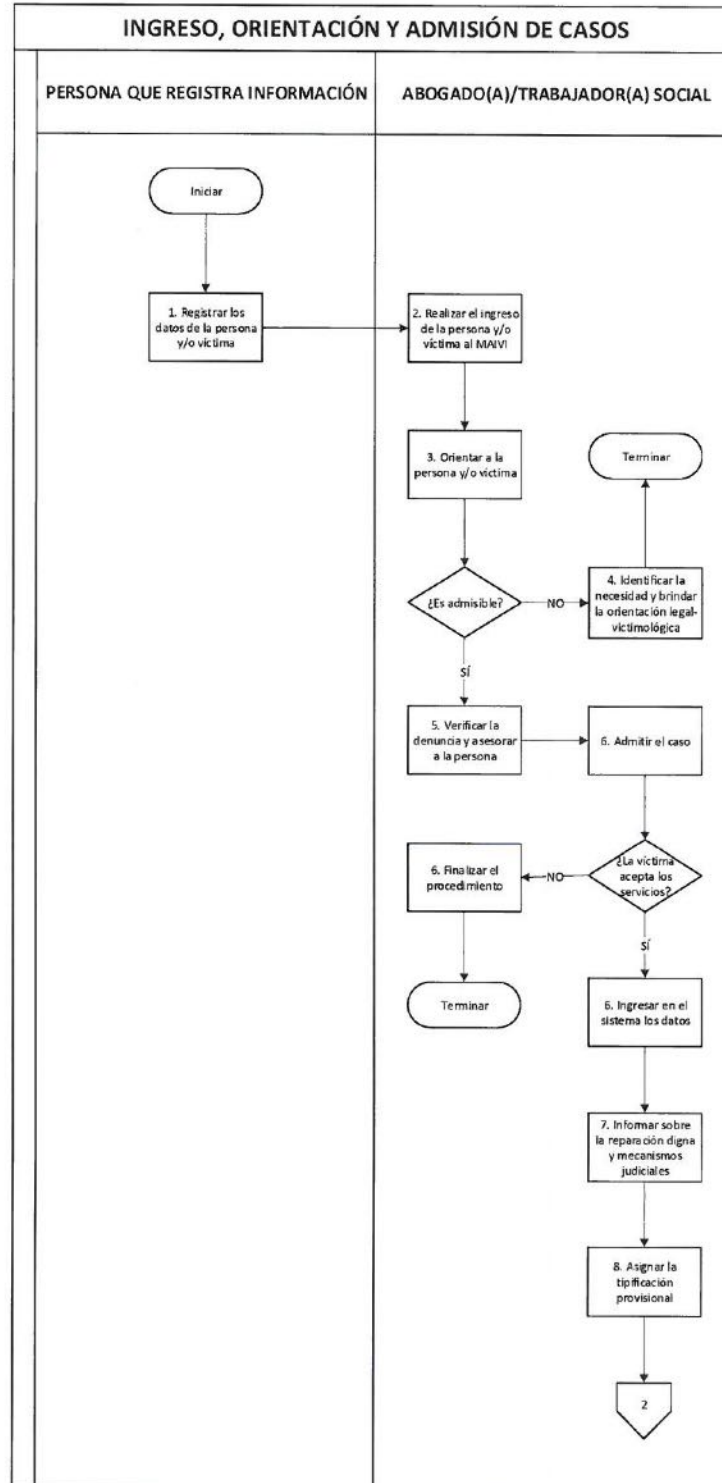
¿Cuál es el nivel de atención? (Seleccione una opción)

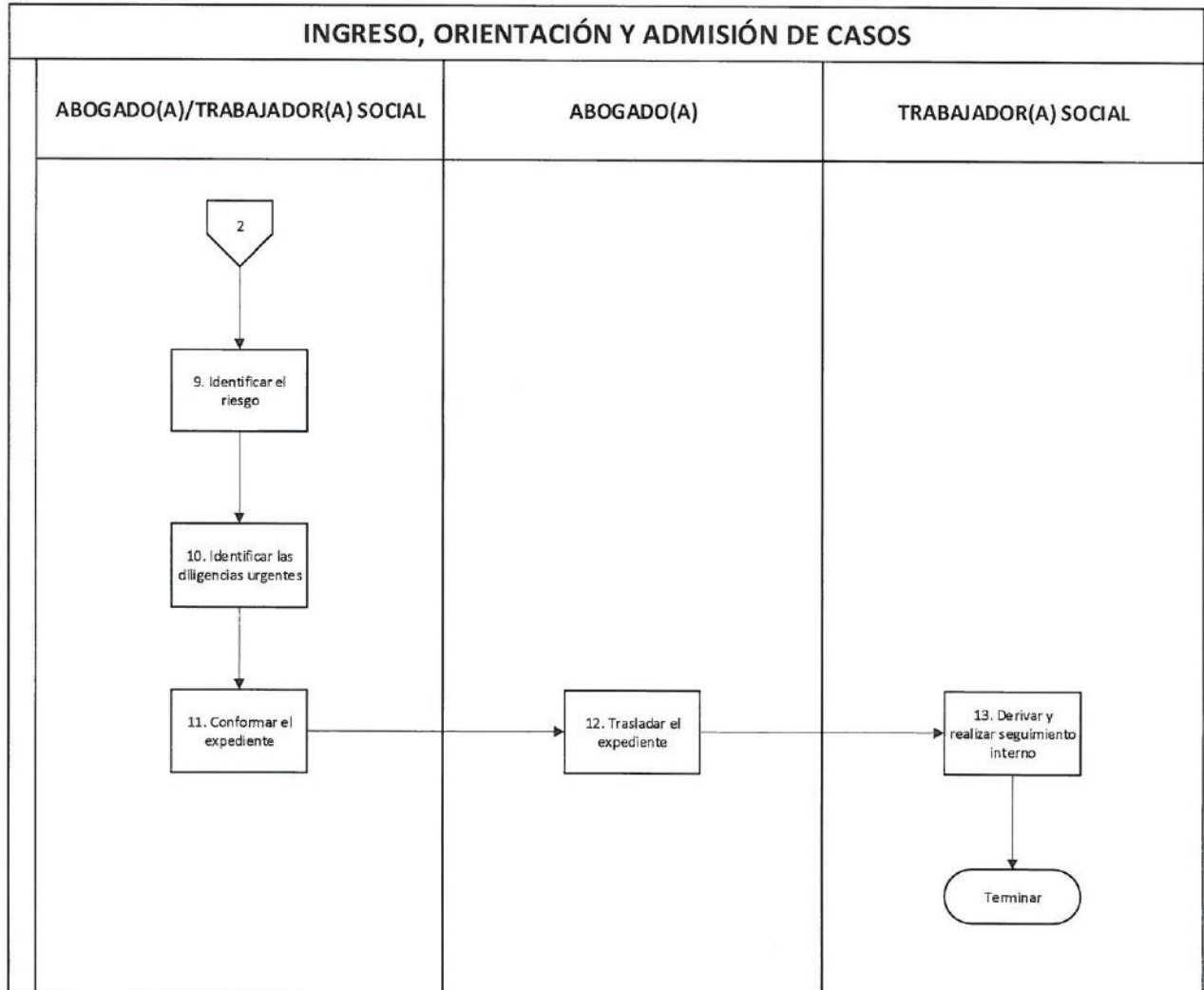
Alto Medio Bajo Muy bajo

¿Cuál es el nivel de seguimiento? (Seleccione una opción)

Alto Medio Bajo Muy bajo

FLUJOGRAMA








PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS

VERSIÓN 2

GUATEMALA, FEBRERO 2022


	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 24 DE 127


Vigencia: 15/02/2022	Código: DPS-PRO-1	Elaboración: 28/09/2021
-----------------------------	--------------------------	--------------------------------

Ámbito de Aplicación:

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS DEL INSTITUTO PARA
LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO**

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Etapas	Nombre y cargo	Firma
Elaborado por:	Blanca Lidia Rafaela Navarro Cardona Profesional Especializado IV Departamento de Psicología Dirección de Servicios Victimológicos	
Diseñado y Estructurado por:	Londy Lucrecia Elias Ceseña Jefe III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional	
Revisado por:	Dra. Vilma Liceth Rojas Montejo Directora de Servicios Victimológicos	

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

1. PROPÓSITO Y ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO

La atención psicológica se centra en la salud mental de la víctima, brindando apoyo y contención emocional urgente que le permita enfrentar y superar el trauma provocado por el impacto de la victimización sufrida y por su participación en el proceso penal. Asimismo, como parte de la atención psicológica se desarrolla un plan psicoterapéutico, acorde a las necesidades y características de la víctima que contribuya no solo a su recuperación emocional sino a la de su proyecto de vida.


La atención psicológica también permite un acercamiento a la realidad que enfrenta la víctima, como consecuencia de la vulneración de sus derechos, debido a ello, el personal de psicología rinde informes y participa en el proceso penal como testigo o consultor técnico, coadyuvando a la reparación digna de la víctima y sus familiares.

El presente procedimiento abarca a todas las sedes del Instituto de la Víctima, donde se aplica el Modelo de Asistencia y Atención Integral del Instituto de la Víctima.


2. GLOSARIO

Para la correcta aplicación de lo dispuesto en el presente procedimiento se entiende por:

- a) **Acuerdo Terapéutico:** Es el acuerdo entre paciente y terapeuta, en el cual se concretan los objetivos de la terapia y contiene aspectos administrativos, profesionales y psicológicos de la relación terapéutica. (Berne, 1971 y 1983).
- b) **Consentimiento informado:** Proceso en el que se proporciona a los usuarios información importante, como los riesgos y beneficios posibles de un procedimiento. Esto se hace para ayudar a los pacientes a decidir si se quieren someter a tratamientos o pruebas. Los usuarios también reciben cualquier información nueva que pudiera afectar su decisión de continuar.
- c) **Diagnóstico:** Procedimiento por el cual se determina la naturaleza de un trastorno o enfermedad estudiando su origen, su evolución y los signos y síntomas manifestados por ellos. (Stingo, Toro Martínez, Espiño, & Zazzi, 2006).
- d) **Intervención en crisis:** Es el apoyo inmediato que se brinda a las víctimas, en respuesta a las necesidades de atención urgentes, debido a desequilibrios emocionales, mentales, físicos, y/o conductuales (trauma) provocados por la victimización que han sufrido. (Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables Perú, 2020).

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 26 DE 127

- e) **Salud mental:** Estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. (Organización Mundial de la Salud, 2004).
- f) **Signo:** Manifestación objetiva de un estado que puede ser patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.
- g) **Síntoma:** Tiene siempre el significado de una señal de alarma; indica que hay una perturbación en el organismo biológico. Constituye un intento de restitución, de autocuración.
- h) **Victimología:** La atención especializada a la víctima del delito, su estudio, análisis y completa garantía y respeto de sus derechos humanos. (García-López, 2014).


	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 27 DE 127

3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABLES


El Procedimiento de Atención Psicológica contiene las actividades, responsables y descripciones siguientes:

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
3.1 PRIMERA ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
1. Referencia del caso	Psicólogo(a)	<p>Recibe referencia del Trabajador(a) Social que participó en la orientación legal victimológica y los documentos que acompañen el caso.</p> <p>El profesional de psicología se dirige a la clínica de psicología que corresponda para iniciar la intervención.</p> <p>Observa las necesidades psicológicas inmediatas de la víctima y determina si requiere intervención en crisis, de ser positivo, brinda la atención en crisis y elabora el Informe de Atención en Crisis DPS-FOR-12.</p>
2. Encuadre de actuación y exposición de objetivos	Psicólogo(a)	<p>Explica a la víctima las generalidades, objetivos y requerimientos de la atención psicológica (tiempo, motivación, compromiso etcétera).</p> <p>Nota 1: Si la persona está recibiendo atención psicológica, se le invita a tomar la decisión de continuar con su tratamiento o iniciar en el Instituto de la Víctima.</p> <p>Nota 2: Si la persona desea llevar un proceso de ayuda, pero no puede hacerlo por cuestiones económicas o de traslado, se refiere a través de Trabajo Social a un lugar cercano.</p>
3. Explicación y firma de consentimiento informado y Acuerdo Terapéutico	Psicólogo(a)	<p>Explica en qué consiste el Consentimiento Informado y el Acuerdo Terapéutico, resuelve dudas y solicita firma de estos.</p> <p>Nota 3: Si es niña, niño y/o adolescente se utiliza el Consentimiento Informado de Atención Psicológica para Niños, Niñas, Adolescentes y Personas Adultas que Necesiten Representación Legal DPS-FOR-1 y Acuerdo Terapéutico para Niñas, Niños, Adolescentes y Personas Adultas que Necesiten Representación Legal DPS-FOR-17.</p>

			<p>Si es un adulto se utiliza el Consentimiento Informado de Atención Psicológica para Adultos DPS-FOR-2 y Acuerdo Terapéutico para Adultos DPS-FOR-16.</p> <p>Nota 4: Si es niño, niña, adolescente o persona adulta que necesita representación legal, se hará lectura del Consentimiento Informado de niño, niña, adolescente o personas que necesitan representación legal y se solicitará la firma del padre, madre tutor o encargado.</p> <p>Nota 5: El Acuerdo Terapéutico será utilizado de acuerdo con la edad, capacidad cognitiva y volitiva del paciente.</p>
4.	Recopilación de la información	Psicólogo(a)	<p>Inicia la recopilación de información por medio del Formulario de Entrevista Psicológica y Evoluciones DPS-FOR-5 o la Ficha de Primera Atención DSV-FOR-1 y Formulario de Examen Mental DPS-FOR-3.</p> <p>Nota 6: La utilización del Formulario de Entrevista y Evoluciones o el Formulario de Ficha de Primera Atención, depende del tiempo que la persona víctima pueda emplear en la primera intervención.</p> <p>Nota 7: De acuerdo con los signos y síntomas detectados y la valoración de posible riesgo de daño/suicidio, se deriva a psiquiatría, a través del Trabajador(a) Social, para seguimiento conjunto, por medio de la Ficha de Referencia Interna DPS-FOR-18.</p>
5.	Programación de citas y entrega de carné	Psicólogo(a)	<p>Procede a acordar horarios, días y modalidad de la atención psicológica, se describe la metodología preliminar de tratamiento y se entrega el Carné de Psicología DPS-FOR-9 para seguimiento.</p>
6.	Reporte de atenciones	Psicólogo(a) de turno o psicólogo de apoyo	<p>Traslada a la Dirección de Servicios Victimológicos, el reporte de nuevas atenciones, junto con la Ficha de Primera Atención DSV-FOR-1.</p>
7.	Asignación de casos	Director(a) de Servicios Victimológicos	<p>Asigna casos por medio de oficio de asignación y traslada al psicólogo(a).</p>

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 29 DE 127

3.2 SEGUIMIENTO DEL CASO			
8.	Atención del caso y seguimiento	Psicólogo(a)	<p>Recibe asignación del caso y revisa la Ficha de Primera Atención o la Entrevista Psicológica y Evoluciones DPS-FOR-5, así como otros documentos que acompañen el caso.</p> <p>En el caso de ser un psicólogo diferente al que proporcionó la primera atención, se presenta con la víctima.</p> <p>El profesional de psicología se dirige a la clínica de psicología que corresponda, para iniciar la intervención.</p> <p>Observa las necesidades psicológicas inmediatas de la víctima y determina si requiere intervención en crisis.</p>
9.	Evaluaciones	Psicólogo(a)	<p>Continúa recopilando información por medio de la entrevista psicológica y se aplican pruebas psicométricas de acuerdo con el criterio clínico del psicólogo tratante.</p> <p>Nota 8: De acuerdo con los signos y síntomas detectados y la valoración de posible riesgo de daño/suicidio, se deriva a psiquiatría a través de la trabajadora social, para seguimiento conjunto, por medio de Ficha de referencia Interna de Psicología.</p>
10.	Plan de Atención	Psicólogo(a)	<p>Procede a realizar el Plan de Atención de acuerdo con las necesidades específicas y generales de la víctima.</p> <p>Nota 9: Se utiliza la entrevista y evolución de procesos de la Guía y Protocolo para la Solicitud y Elaboración de Informes Psicológicos.</p>
11.	Programación o reprogramación de citas	Psicólogo(a)	<p>Establece comunicación constante con la víctima para programar o reprogramar citas, según corresponda en los controles digitales.</p>
12.	Reconsulta y/o evolución	Psicólogo(a)	<p>Realiza el seguimiento de acuerdo con del Plan de Atención consignando indicadores de avances o retrocesos en las competencias mentales y emocionales de la víctima, utilizando la Nota de Evolución Psicológica DPS-FOR-8.</p>


	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 30 DE 127

3.3 CIERRE DE CASO


13.	Comunicación con la víctima por inasistencia a sesiones	Psicólogo(a)	<p>En el caso que la víctima no se presente, el psicólogo se comunica con ella vía telefónica u otro medio para conocer los motivos de su inasistencia.</p> <p>Si la persona decide continuar, se reprograma cita (actividad 11). Si la víctima decide no continuar con la atención, se procede a elaborar el informe de cierre, utilizando el Formato de Informe de Cierre de Caso DPS-FOR-11.</p> <p>Nota 10: El cierre se puede dar por recuperación emocional o cumplimiento de plan de atención, así como por abandono del tratamiento o referencia a través de trabajo social a otro lugar de atención, entre otros; previo visto bueno de Dirección de Servicios Victimológicos. De no proceder el cierre, continúa atendiendo el caso.</p>
------------	--	--------------	--

3.4 SOLICITUDES DE INFORMES A REQUERIMIENTO


14.	Ingreso de solicitud	Director(a) de Servicios Victimológicos	<p>Recibe la solicitud por escrito de Instituciones de Seguridad, Justicia o de Abogados de la Dirección de Asistencia Legal del Instituto de la Víctima.</p> <p>Nota 11: En el caso de los abogados de la Dirección de Asistencia Legal para la solicitud, se debe utilizar el Formulario de Solicitud de Informe Psicológico DPS-FOR-14 contenido en la Guía y Protocolo para la Solicitud y Elaboración de Informes Psicológicos.</p>
15.	Solicitud de informe	Director(a) de Servicios Victimológicos	Solicita a la Jefatura del Departamento de Psicología la elaboración del informe correspondiente.
16.	Asignación del profesional	Jefatura del Departamento de Psicología	Recibe la solicitud y asigna a través de oficio al profesional que elaborará el informe, según plazo establecido en el requerimiento.
17.	Elaboración de informe	Psicólogo(a)	Elabora el informe de acuerdo con el objetivo y lo traslada a la Jefatura del Departamento de Psicología, para su revisión.
18.	Revisión preliminar de informe	Jefatura del Departamento de Psicología	Recibe y revisa el informe. Si este informe requiere cambios, lo devuelve al profesional de psicología para que realice dichos cambios, continúa en actividad 19.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 31 DE 127

			Si el informe cumple con los requisitos técnicos, continúa en actividad 20.
19.	Corrección de informe	Psicólogo(a)	Realiza las correcciones solicitadas y regresa a la actividad 17.
20.	Traslado de informe	Jefatura del Departamento de Psicología	Recibe y traslada informe a la Dirección de Servicios Victimológicos por medio de oficio.
21.	Revisión, aprobación y envío de Informe	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe, revisa, aprueba y traslada el informe a donde fue solicitado.
3.5 PARTICIPACIÓN EN PROCESO PENAL			
22.	Ingreso de solicitud	Director(a) de Servicios Victimológicos	<p>Recibe solicitud por escrito de Instituciones de Seguridad, Justicia o de abogados de la Dirección de Asistencia Legal del Instituto de la Víctima.</p> <p>Nota 12: En el caso de los abogados de la Dirección de Asistencia Legal, la solicitud se debe realizar a través del Formulario de Solicitud de Participación en el Proceso Penal DPS-FOR-15.</p>
23.	Solicitud de participación	Director(a) de Servicios Victimológicos	Solicita a la Jefatura del Departamento de Psicología la asignación del profesional.
24.	Asignación de profesional	Jefatura del Departamento de Psicología	Recibe la solicitud y asigna a través de oficio al profesional que participará en el proceso penal.
25.	Participación en proceso penal	Psicólogo(a)	Participa en el proceso penal, realiza las diligencias necesarias que coadyuven a la reparación digna e integral.
26.	Elaboración de Informe	Psicólogo(a)	Elabora el Informe de Participación en el Proceso Penal DPS-FOR-13 y lo traslada a Jefatura del Departamento de Psicología para su revisión.
27.	Revisión preliminar de Informe	Jefatura del Departamento de Psicología	<p>Recibe y revisa el informe.</p> <p>Si el informe requiere cambios, lo devuelve al o la psicólogo/a para que los realice y sigue en la actividad número 28.</p> <p>Si el informe cumple con los requisitos técnicos, continúa en la actividad 29.</p>

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 32 DE 127

28.	Corrección de Informe	Psicólogo(a)	Realiza las correcciones solicitadas y regresa a la actividad 26.
29.	Traslado de Informe	Jefatura del Departamento de Psicología	Recibe y traslada informe a la Dirección de Servicios Victimológicos por medio de oficio.
30.	Revisión, aprobación y envío de Informe	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe, revisa, aprueba y traslada el informe a donde fue solicitado.
31.	Archivo los documentos	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe el informe y archiva los documentos donde corresponde. Finaliza el procedimiento.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

4. DOCUMENTOS RELACIONADOS

4.1 Procedimientos

N/A

4.2 Formularios, instructivos, guías y otros

- 4.2.1 Modelo de Asistencia y Atención Integral del Instituto de la Víctima (MAIVI)
- 4.2.2 Guía y Protocolo para la Solicitud y Elaboración de Informes Psicológicos
- 4.2.3 Protocolo de Atención Victimológica a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual y Trata de Personas
- 4.2.4 Manual de la Atención Informada del Trauma
- 4.2.5 DSV-FOR-1 Ficha de Primera Atención
- 4.2.6 DPS-FOR-1 Consentimiento Informado de Atención Psicológica para Niños, Niñas, Adolescentes y Personas Adultas que Necesiten Representación Legal
- 4.2.7 DPS-FOR-2 Consentimiento Informado de Atención Psicológica para Adultos
- 4.2.8 DPS-FOR-3 Formulario de Examen Mental
- 4.2.9 DPS-FOR-4 Informe de Evolución y Asistencia a Sesiones Terapéuticas
- 4.2.10 DPS-FOR-5 Formulario de Entrevista Psicológica y Evoluciones
- 4.2.11 DPS-FOR-6 Formulario de Análisis Psicojurídico Caso por Caso
- 4.2.12 DPS-FOR-7 Formato de Ampliación de Informes Psicológicos
- 4.2.13 DPS-FOR-8 Formulario de Nota de Evolución Psicológica
- 4.2.14 DPS-FOR-9 Carné de Psicología
- 4.2.15 DPS-FOR-10 Informe Orientado a la Recuperación Psicológica
- 4.2.16 DPS-FOR-11 Informe de Cierre de Caso
- 4.2.17 DPS-FOR-12 Informe de Atención en Crisis
- 4.2.18 DPS-FOR-13 Informe de Participación en el Proceso Penal
- 4.2.19 DPS-FOR-14 Formulario de Solicitud de Informe Psicológico
- 4.2.20 DPS-FOR-15 Formulario de Solicitud de Participación en el Proceso Penal
- 4.2.21 DPS-FOR-16 Acuerdo Terapéutico para Adultos
- 4.2.22 DPS-FOR-17 Acuerdo Terapéutico para Niñas, Niños, Adolescentes y Personas Adultas que Necesiten Representación Legal
- 4.2.23 DPS-FOR-18 Ficha de Referencia Interna
- 4.2.24 DPS-FOR-19 Informe Psicológico Orientado a la Reparación Psicológica

4.3 Documentos Externos

No Aplica

5. ANEXOS

INFORMACIÓN GENERAL													
NOMBRE DEL SERVIDOR	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 34 DE 127										
FICHA DE PRIMERA ATENCIÓN													
1. Información General:													
Lugar de la atención:													
Fecha:													
2. Datos Personales de la víctima:													
Nombre de la víctima: _____ Apellido de la víctima: _____ DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____ Dirección por correo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M / F Identificación personal: _____ Estado civil: _____ Grado de escolaridad: _____ Nivel de educación (último grado completado): _____ Ocupación: _____ Ocupación anterior: _____ Observaciones: _____													
3. Breve historia del caso:													
4. Observación a la(s) víctima(s) y/o familia(s)													
5. Tipo de atención que requiere:													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Atención</th> <th>Atención</th> <th>Atención</th> <th>Atención</th> <th>Atención</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> En caso de la presencia de múltiples víctimas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Caracterización: _____ Tipo de la denuncia o delito: _____ Motivos: _____ Observaciones: _____				Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención	Atención	Atención	Atención	Atención									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
6. Actividades realizadas:													
7. Recomendaciones y sugerencias:													
8. Firma:													

INSTITUTO DE LA VICTIMA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y PERSONA ADULTA QUE NECESITEN REPRESENTACIÓN LEGAL*			
NOMBRE DE LA VÍCTIMA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA ATENCIÓN	FECHA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	LUGAR DE ATENCIÓN
NOMBRE DE CASO DERIVANTE			
<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y PERSONA ADULTA QUE NECESITEN REPRESENTACIÓN LEGAL*</p> <p>El Instituto de la Víctima busca brindar apoyo al niño, niña, adolescente o persona adulta que representa y a usted, por eso queremos asegurarnos de que se sientan responsables, valorados y comprendidos. Usted ha buscado voluntariamente los servicios del Instituto de la Víctima y por esta razón, deseamos agradecerle y brindarle el mejor servicio que ustedes necesitan.</p> <p>Para ello, requerimos que durante el proceso de atención psicológica que le brindaremos al niño, niña, adolescente o la persona adulta a su cargo, participe con su importante participación, y que usted nos autorice llevar a cabo el programa de atención psicológica, que consiste en la realización de entrevistas y evaluaciones (las que pueden ser grabadas, lo cual será notificado en el momento oportuno).</p> <p>El niño, niña, adolescente o persona adulta a su cargo, nos servirá para otorgarle el consentimiento informado y participar activamente en el proceso terapéutico, lo cual, nos servirá para otorgarle su recuperación emocional. Por eso, es necesario que el niño, niña, adolescente o persona adulta a su cargo, asista de manera puntual a los citas de psicoterapia en el día y hora que sean programadas.</p> <p>La información que el Instituto de la Víctima le entregará será confidencial, es decir, no será divulgada a nadie, se utilizará solamente para apoyar al niño, niña, y/o adolescente para su recuperación integral y reparar en digna para que retome su proyecto de vida, siendo esta nuestra obligación. En cualquier momento de la atención al niño, niña, y/o adolescente, será informado y tendrá derecho a darse de baja, según el Capítulo II, Artículo 4, inciso b) y e) de la Ley Orgánica del Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima de Delito.</p> <p>Por todo lo anterior, RECONOCIDO que se me ha explicado y he comprendido la importancia de mi participación y cooperación para que el Instituto de la Víctima pueda brindar al niño, niña, adolescente y/o persona adulta a mi cargo, la atención psicológica a la que tiene derecho.</p> <p>Por lo tanto, como padre, madre o tutor, otorgo mi consentimiento para que el niño, niña, adolescente y/o persona adulta a mi cargo, reciba la atención psicológica correspondiente.</p>			
<p>Nombre de la persona que recibirá la atención: _____</p> <p>Nombre de la encargada: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Parentesco o relación con la víctima: _____</p> <p>Documento Personal de Identificación (DPI, pasaporte): _____</p> <p>Lugar y fecha: _____</p> <p>Nombre del profesional de psicología: _____</p> <p>Colegiado No. _____</p>			

FORMULARIO			
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA ADULTOS			
			
FORMULARIO DSV-MA-1-2	VERSIÓN: 2	FECHA DE ELABORACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 1

NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE

Tipo de delito: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA ADULTOS

El Instituto de la Víctima busca apoyarle, por eso queremos asegurarnos de que se sienta respetado, escuchado y protegido. Usted ha buscado voluntariamente los servicios de la institución, y por esa razón, deseamos acompañarle y brindarle el mejor servicio que usted necesita. Para ello, solicitamos que durante la atención psicológica que le brindaremos, podamos contar con su importante participación, y que usted nos autorice en llevar a cabo la propuesta de atención psicológica que consiste en realización de entrevistas y evaluaciones (las que pueden ser grabadas, lo cual será informado en el momento oportuno), así como participar activamente en un proceso psicoterapéutico que nos servirá para ofrecerle la atención que necesita y así lograr su recuperación emocional. Por eso, es necesario que asista de manera puntual a las citas de psicoterapia en el día y hora que sean programadas.

La información que el Instituto de la Víctima le solicitará será confidencial, es decir, no será divulgada a nadie; se utilizará solamente para apoyar su recuperación integral y reparación, digna para que usted retome su proyecto de vida, siendo este nuestro objetivo. Si en algún momento necesita una pausa, tiene alguna pregunta o inquietud, háganoslo saber, estoy para servirle.

Por todo lo anterior, RECONOZCO que se me ha explicado y he comprendido la importancia de mi participación y cooperación en todo momento, para que el Instituto de la Víctima pueda brindarme la atención psicológica oportuna a la que tengo derecho.

Nombre: _____

Firma/huella: _____

Documento de identificación (DPI, pasaporte): _____

Lugar y fecha: _____

Nombre del profesional de psicología: _____

Colegiado No. _____ f. _____

Este consentimiento informado debe ser leído y entendido por el beneficiario o sus representantes, en presencia de un profesional que puede dictar el consentimiento informado y el consentimiento informado debe ser firmado por el beneficiario o sus representantes, en presencia de un profesional que puede dictar el consentimiento informado y el consentimiento informado debe ser firmado por el beneficiario o sus representantes, en presencia de un profesional que puede dictar el consentimiento informado.

ANÁLISIS PSICOJURÍDICO CASO POR CASO			
ESTADO: <input type="text"/>	CATEGORÍA: <input type="text"/>	FECHA DE APROBACIÓN: <input type="text"/>	PÁGINA: 2 DE 3

ANÁLISIS PSICOJURÍDICO CASO POR CASO

Lugar y fecha de emisión: _____


- 1) Datos de solicitante
 - 1.1 Nombre:
 - 1.2 Institución:
 - 1.3 Fecha de solicitud:
- 2) Datos de identificación de expediente a analizar
 - 2.1 Identificación de expediente:
 - 2.2 Nombre completo de la víctima:
 - 2.3 Edad:
 - 2.4 Fecha:
 - 2.5 Nacionalidad:
 - 2.6 Estado civil:
 - 2.7 Origen étnico:
 - 2.8 Dígito:
 - 2.9 Escolaridad:
 - 2.10 Ocupación:
 - 2.11 Religión:
- 3) Objetivos
- 4) Metodología y enfoque de análisis
- 5) Resultados


ANÁLISIS TÉCNICO PSICOJURÍDICO			
No.	Hallazgo	Referente técnico y/o teórico	Comentario/ recomendación
1			
2			
3			

- 6) Análisis enfocado a temas señalados
- 7) Conclusiones
- 8) Recomendaciones
- 9) Bibliografía

Datos del/a profesional que emite el análisis psicológico

Firma

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
		PÁGINA: 41 DE 127	

	FORMA PS		
	AMPLIACIÓN DE INFORME PSICOLÓGICO		
CÓDIGO: DSV-PS-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 41 DE 127

AMPLIACIÓN DE INFORME PSICOLÓGICO

Lugar y fecha de emisión: _____

- 1) **Datos de solicitante**
 - 1.1. Nombre:
 - 1.2. Institución:
 - 1.3. Fecha de solicitud:

- 2) **Objetivos de ampliación:**


- 3) **Antecedentes:**
 - 3.1. Datos de identificación del informe rendido:
 - 3.2. Datos del caso del cual se rindió informe:


- 4) **Procedimientos/Metodología implementada para la ampliación:**

- 5) **Descripción de hallazgos:**

- 6) **Conclusiones:**

- 7) **Recomendaciones (cuando proceda):**

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 42 DE 127

	FORMULARIO		
	NOTA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA		
CÓDIGO: DSV-MA-1	Versión: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁG. 42 DE 127

NOTA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA¹

Caso No _____

Fecha inicio _____

Fecha _____ No. Sesión _____

Nombre y apellidos _____

S= SUEÑO: (Sintoma de lo que el paciente refiere, queja principal, duración, gravedad etcétera)

C= CIE: IIVD: (Examen mental al momento de la sesión)

A= ANÁLISIS/EVALUACIÓN: (Análisis = objetivo + subjetivo. Diagnóstico o impresión diagnóstica, análisis de pruebas, conductas problemáticas relevantes, alianzas, retrocesos etcétera)

T= T/LAM: (La técnica y/o procedimientos utilizados o los temas desarrollados, conforme al plan psicoterapéutico)

T= T/LAM: (Recomendaciones y/o seguimiento, conforme al plan psicoterapéutico y/o a las necesidades que surgen)

Sello _____ Firma _____

¹ Incluir fecha, sesión, técnica y procedimientos, nombre de sesión, evaluación, recomendaciones etcétera

INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA			
CÓDIGO: DSV-MA-1		VERSIÓN: 2	
FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022		PÁGINA: 44 DE 127	

No. de caso: _____


Lugar y fecha de emisión: _____


- Datos del solicitante**

Nombre:
Institución:
Fecha de solicitud:
- Datos personales generales de la víctima**
 - 2.1. Nombre/comunión
 - 2.2. Edad
 - 2.3. Sexo
 - 2.4. Fecha:
 - 2.5. Nacionalidad
 - 2.6. Estado civil
 - 2.7. Organismo referido por la víctima
 - 2.8. Id. em.
 - 2.9. Residencia
 - 2.10. Ocupación
 - 2.11. Religión
- Objetivos**
- Metodología e instrumentos**

INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA			
CÓDIGO: DSV-MA-1		VERSIÓN: 2	
FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022		PÁGINA: 44 DE 127	

- Antecedentes**
 - 5.1. Antecedentes de crecimiento y desarrollo
 - 5.2. Antecedentes familiares
 - 5.3. Antecedentes académicos
 - 5.4. Antecedentes laborales
 - 5.5. Antecedentes sociales
 - 5.6. Antecedentes de relaciones de pareja o noviazgo
 - 5.7. Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos
 - 5.8. Antecedentes sexuales y sexualidad
 - 5.9. Antecedentes médicos
 - 5.10. Antecedentes de uso y/o abuso de sustancias
 - 5.11. Antecedentes legales
- Dinámica familiar**
- Historia del hecho y dinámica de victimización**
- Impacto psicológico de los hechos**
 - 6.1. Diagnóstico
 - 6.2. Establecimiento del curso psicológico
 - 6.3. Establecimiento de daño o perjuicio de vida
 - 6.4. Establecimiento de riesgos y vulnerabilidades
- Examen mental**
- Plan de atención psicológica**
 - 10.1. Necesidades generales de atención detectadas
 - 10.2. Necesidades específicas de atención detectadas
 - 10.3. Atención psicológica prestada (asesores, talleres, abordajes, derivación)
- Análisis y conclusiones**
 - 10.4. Análisis y conclusiones sobre los hechos y la dinámica de victimización
 - 10.5. Análisis y conclusiones sobre el impacto psicológico de los hechos
 - 10.6. Análisis y conclusiones sobre el plan de atención psicológica
 - 10.7. Otras que se vean necesarias por el/a profesional
- Bibliografía**

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 45 DE 127

	FORMULARIO		
	INFORME DE CIERRE DE CASO		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 45 DE 127

INFORME DE CIERRE DE CASO

I. Datos generales

Nombre: _____
Sexo: _____
Edad: _____
Residencia actual: _____
Teléfono: _____
Fecha de inicio del proceso terapéutico: _____
Fecha de cierre del caso: _____
Tiempo de duración del proceso terapéutico: _____

II. Motivo de Consulta


Breve descripción del caso _____


III. Descripción del proceso de evolución

Explicar qué se ha trabajado, fases del trabajo terapéutico realizado (entrevista, aplicación de pruebas, plan de tratamiento), logros y avances obtenidos con el paciente, incluso retrocesos en el proceso.

Psicólogo(a) tratante

Revisada _____
Fecha _____

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

	FORMATO			
	INFORME DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO PENAL			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 47 DE 127

INFORME DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO PENAL

1. Información general

No. de expediente: _____	Etapas del proceso: _____
Tipo de participación: Consultor Técnico <input type="checkbox"/> Testigo Experto <input type="checkbox"/>	
Otras: _____	
Lugar y fecha de la participación: _____	

2. Identificación de la víctima

NOMBRE	EDAD


3. Breve descripción de la participación:


4. Resultados obtenidos:

5. Recomendaciones y/o seguimiento:

Lugar y fecha de elaboración de informe: _____

f) _____
NOMBRE PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
 No. SOLICITADO: _____

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 48 DE 127

	FORMULARIO SOLICITUD DE INFORME PSICOLÓGICO		
	EXTENSIÓN: 05/01/2018	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

SOLICITUD DE INFORME PSICOLÓGICO

Nombre de quien solicita: _____

Fecha de solicitud: _____

Fecha en que se solicita entregado el informe: _____

Tipo de informe que solicita: _____

Objetivos del tipo de informe psicológico solicitado: _____

DATOS DEL CASO

Número de Expediente IV u otro: _____

Nombre de la víctima: _____


Edad de la víctima: _____


Número de teléfono de la víctima: _____

Etapas procesal y fecha de audiencia: _____

Profesional de psicología a cargo: _____

Otras necesidades: _____

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 49 DE 127

	FORMULARIO		
	SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO PENAL		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 1

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO PENAL

Nombre de quien solicita: _____

Fecha de solicitud: _____

Profesional de psicología requerido: _____

Tipo de participación solicitada: _____

Fecha y hora en la que se solicita la participación: _____

Lugar de la participación: _____

DATOS DEL CASO

Número de expediente: _____

Nombre de la víctima: _____


Edad de la víctima: _____


Número de teléfono de la víctima: _____

Etapas procesales: _____

Identificación de documentos relacionados a la participación (informes, ampliación de informes, otros): _____

Necesidades jurídicas generales y/o específicas de la participación (Temas):

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 50 DE 127

FORMULARIO			
ACUERDO TERAPÉUTICO PARA ADULTOS			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 50 DE 127

ACUERDO TERAPÉUTICO PARA ADULTOS

Para el Instituto de la Víctima y el Departamento de Psicología, es importante trabajar en su recuperación emocional, por lo que es necesaria que **conozca y acepte** las condiciones que a continuación se describen:

- 1) Para su recuperación emocional es necesario contar con su compromiso personal y trabajo activo, utilizando las estrategias identificadas en terapia.
- 2) Las sesiones individuales, tanto presenciales como virtuales, tienen una duración de 45 a 60 minutos y las sesiones grupales una duración de 90 a 120 minutos, por lo que es estrictamente necesaria su puntualidad.
- 3) En las sesiones en la modalidad virtual es indispensable que cuente con un lugar en el que se pueda expresar con libertad y se sienta cómoda/o.
- 4) Si necesita cancelar la sesión programada, deberá dar aviso con un mínimo de 48 a 24 horas de anticipación al psicoterapeuta asignado/a, a través del medio de comunicación acordado.
- 5) Es importante que mantenga actualizados sus datos de contacto, si cambia su número telefónico, es indispensable que se lo haga saber a su terapeuta, así como la dirección de su vivienda.
- 6) Si necesita hacer una pausa en el proceso terapéutico, hágase saber al terapeuta asignado/a a fin de conservar su espacio o ser reasignado a otro terapeuta, esto último, dependiendo del tiempo que dure la pausa.
- 7) Derivado de la alta demanda del servicio, es necesario hacer de su conocimiento que después de tres inasistencias, se dará por cerrado el proceso de terapia.


He leído y comprendido mis responsabilidades en el Acuerdo Terapéutico, por lo que me comprometo a cumplirlos:

YO:

DPI: _____ FIRMA: _____

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE TERAPEUTA:

	PROCEDIMIENTO ACUERDO TERAPÉUTICO PARA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y PERSONAS ADULTAS QUE NECESITEN REPRESENTACIÓN LEGAL		
	Código: DSV-MA-1	Versión: 2	Fecha de Aprobación: 15/02/2022

ACUERDO TERAPÉUTICO PARA NIÑO, NIÑA, ADOLESCENTE Y PERSONA ADULTA QUE NECESITEN REPRESENTACIÓN LEGAL¹

Para el Instituto de la Víctima y el Departamento de Psicología, es importante trabajar en la recuperación emocional de la persona a su cargo, por lo que es necesario que conozca y **acepte** las condiciones que a continuación se describen:

- 1) Para la recuperación emocional de la persona a su cargo, es necesario contar con su compromiso personal y trabajo activo, utilizando las estrategias identificadas en terapia.
- 2) Las sesiones individuales, tanto presenciales como virtuales, tienen una duración de 45 a 60 minutos y las sesiones grupales una duración de 90 a 120 minutos, por lo que es estrictamente necesaria su puntualidad y de la persona a su cargo.
- 3) En las sesiones en la modalidad virtual es indispensable que la persona a su cargo cuente con un lugar en el que se pueda expresar con libertad y se sienta cómoda.
- 4) Si necesita cancelar la sesión programada, deberá dar aviso con un mínimo de 48 a 24 horas de anticipación al psicoterapeuta asignado/a, a través del medio de comunicación acordada.
- 5) Es importante que mantenga actualizados sus datos de contacto, si cambia su número telefónico, es indispensable que se lo haga saber al terapeuta que está atendiendo a la persona a su cargo, así como la dirección de su vivienda.
- 6) Si la persona a su cargo necesita hacer una pausa en el proceso terapéutico, que se lo haga saber al terapeuta asignado/a, a fin de conservar su espacio o ser reasignado a otro terapeuta, esto último, dependiendo del tiempo que dure la pausa.
- 7) Derivado de la alta demanda del servicio, es necesario hacer de su conocimiento que después de tres inasistencias, se dará por cerrado el proceso de terapia de la persona a su cargo.

He leído y comprendido mis responsabilidades en el acuerdo terapéutico, por lo que me comprometo a cumplirlas:

YO:

CP:

LUGAR Y FECHA:

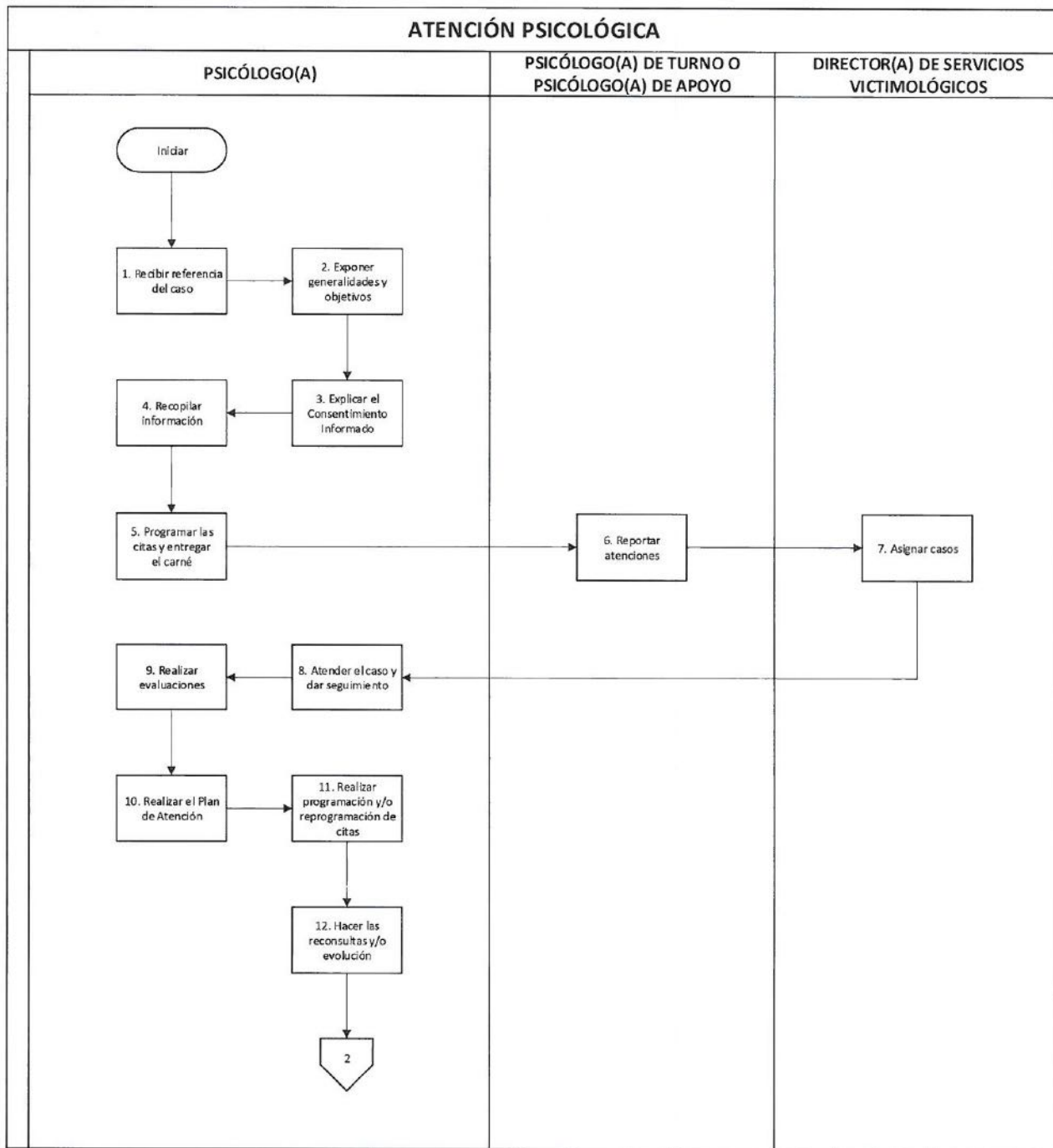
NOMBRE TERAPEUTA:

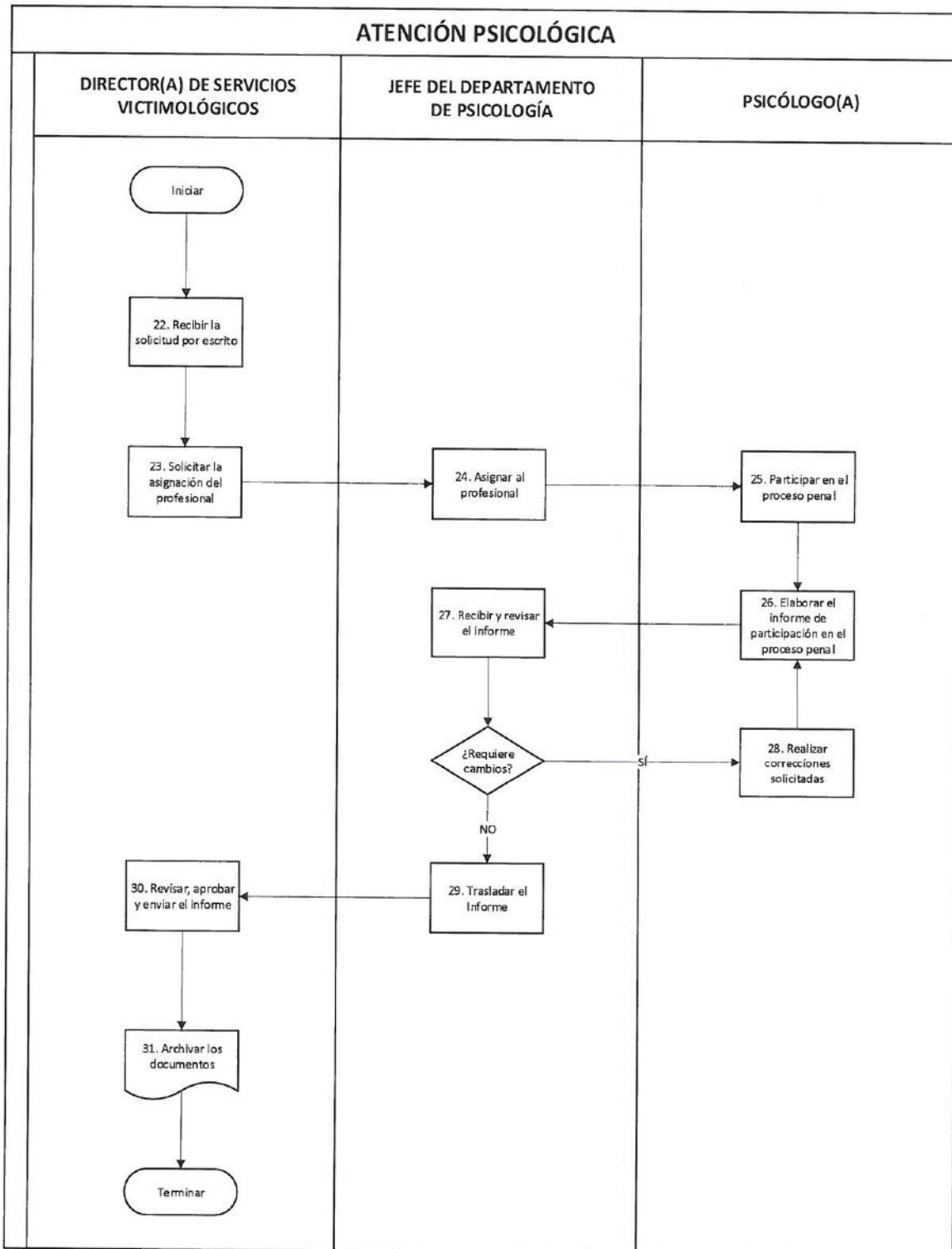
FIRMA:

¹ Este manual de acuerdo, proceso TFC, de acuerdo al protocolo de la institución, tiene como finalidad proporcionar información y orientación a las personas que necesitan representación legal, para que puedan acceder a los servicios de atención psicológica y jurídica que ofrece el Instituto de la Víctima.

INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA			
<p>INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA</p> <p style="text-align: right;">Nº de caso: _____</p> <p style="text-align: center;">Lugar y fecha de emisión: _____</p>			
<p>1) Datos del solicitante</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p>			
<p>2) Datos Personales Generales de la Víctima</p> <p>1.1 Nombre completo _____</p> <p>1.2 Edad _____</p> <p>1.3 Sexo _____</p> <p>1.4 Fecha _____</p> <p>1.5 Nacionalidad _____</p> <p>1.6 Estado civil _____</p> <p>1.7 Origen étnico referido por la víctima _____</p> <p>1.8 Idioma _____</p> <p>1.9 Religión: _____</p> <p>1.10 Ocupación _____</p> <p>1.11 Religión _____</p>			
<p>3) Objetivos</p>			
<p>4) Metodología</p>			
<p>5) Antecedentes</p> <p>5.1 Antecedentes de crecimiento y desarrollo</p> <p>5.2 Antecedentes académicos</p> <p>5.3 Antecedentes laborales</p> <p>5.4 Antecedentes sociales</p> <p>5.5 Antecedentes de relaciones de pareja o noviazgo</p> <p>5.6 Antecedentes psicológicos, psiquiátricos y psiquiátricos</p> <p>5.7 Antecedentes actuales y pasados</p> <p>5.8 Antecedentes médicos</p> <p>5.9 Antecedentes de uso y/o abuso de sustancias</p> <p>5.10 Antecedentes legales</p>			
<p>6) Dinámica familiar</p>			
<p>7) Historia del hecho y dinámicas de victimización</p>			
<p>8) Impacto psicológico de los hechos</p> <p>8.1 Descripción</p> <p>8.2 Establecimiento del dato causal</p> <p>8.3 Establecimiento de daño al proyecto de vida</p>			
<p>9) Examen mental</p>			
<p>10) Plan de atención psicológica</p> <p>10.1 Necesidades generales y específicas detectadas</p> <p>10.2 Atención psicológica brindada</p> <p>10.3 Indicadores de avances de atención psicológica</p>			
<p>11) Medidas de reparación a nivel psicológico y psicoespiritual</p>			
<p>12) Análisis y conclusiones</p> <p>12.1 Análisis y conclusiones sobre los hechos y el nivel de victimización</p> <p>12.2 Análisis y conclusiones sobre el impacto psicológico de los hechos</p> <p>12.3 Análisis y conclusiones sobre el plan de atención psicológica</p> <p>12.4 Análisis y conclusiones sobre la necesidad de reparaciones psicológicas y psicoespirituales</p> <p>12.5 Otras que se deñan necesarias por esta profesión</p>			
<p>13) Bibliografía</p>			

FLUJOGRAMA








**PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE**

DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS

VERSIÓN 2

GUATEMALA, FEBRERO 2022

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 58 DE 127


Vigencia: 15/02/2022	Código: DM-PRO-1	Elaboración: 28/09/2021
-----------------------------	-------------------------	--------------------------------

Ámbito de Aplicación:

DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS DEL INSTITUTO PARA
LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE

Etapas	Nombre y cargo	Firma
Elaborado por:	Dra. Edna Anabella Julián Leal Profesional Especializado V Departamento Médico Dirección de Servicios Victimológicos	
Diseñado y Estructurado por:	Londy Lucrecia Elias Ceseña Jefe III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional	
Revisado por:	Dra. Vilma Liceth Rojas Montejo Directora de Servicios Victimológicos	

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

1. PROPÓSITO Y ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO


Estandarizar las actividades para proporcionar servicios básicos de detección y prevención, así como brindar atención médica de urgencia y canalización en caso necesario. La identificación de lesiones en víctimas del delito verifica la integridad física y el estado de salud en el que se encuentran las víctimas, para determinar el tipo de atención médica que requiere.

El presente procedimiento abarca a todas las sedes del Instituto de la Víctima, donde se aplica el Modelo de Asistencia y Atención Integral del Instituto de la Víctima.

2. GLOSARIO

Para la correcta aplicación de lo dispuesto en el presente procedimiento se entiende por:


- a) **Ficha Clínica:** Formulario donde queda registrado el conjunto de datos referente a un paciente mayor de edad (signos vitales, anamnesis, plan terapéutico, Evaluación de Pruebas Diagnósticas Complementarias) durante la primera evaluación médica.
- b) **Ficha Clínica Pediátrica:** Formulario donde queda registrado el conjunto de datos referente a un paciente menor de edad (signos vitales, anamnesis, plan terapéutico, solicitud o Evaluación de Pruebas Diagnósticas Complementarias) durante la primera evaluación médica.
- c) **Nota de Evolución:** Formulario donde queda registrada la evaluación de re-consultas de víctimas mayores y menores de edad.
- d) **Red Hospitalaria Nacional:** Conformada por instituciones públicas que brindan atención de tercer nivel, ya que cuentan con atención de emergencia y consultas externas con la opción de ingreso hospitalario.
- e) **Red de Derivación:** Conjunto de Instituciones multidisciplinarias gubernamentales y no gubernamentales, internacionales y personas individuales o jurídicas de los diferentes departamentos de la República de Guatemala, que proporcionan su apoyo y sus servicios especializados a todas las personas que hayan sido víctimas del delito.
- f) **Signos vitales:** Son las funciones fisiológicas que pueden medirse para la toma de decisiones médicas.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 60 DE 127


3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABLES

El Procedimiento de Atención Médica y/o Psiquiátrica Urgente contiene las actividades, responsables y descripciones siguientes:

ACTIVIDADES		RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
3.1 ATENCIÓN MÉDICA URGENTE			
1.	Ingreso de la persona y/o víctima	Persona guía	Brinda acompañamiento a la persona y/o víctima a la clínica médica.
2.	Firma del Consentimiento Informado	Médico/ enfermero(a)	<p>Explica en qué consiste el Consentimiento Informado, resuelve dudas y solicita firma en el documento.</p> <p>Nota 1: Si es niño, niña o adolescente, se hará lectura del Consentimiento Informado de Atención Médica y/o Psiquiátrica para Niños, Niñas y/o Adolescentes DM-FOR-1 y se solicitará la firma del padre, madre o tutor.</p> <p>Nota 2: Si es adulto, se le entrega el Consentimiento Informado de Atención Médica y/o Psiquiátrica para Adultos DM-FOR-2.</p>
3.	Toma de signos vitales	Enfermero(a)	<p>Recibe a la persona y/o víctima y toma signos vitales.</p> <p>Si la víctima tiene expediente, se anota en el Formulario de Nota de Evolución DM-FOR-7. Si la víctima es de primera atención, se anota en la Ficha Clínica DM-FOR-5.</p> <p>Nota 3: Si es niño, niña o adolescente en primera atención, se utiliza el Formulario de Historia Clínica Pediátrica DM-FOR-3.</p>
4.	Realización de intervenciones urgentes	Médico	Revisa a la víctima y a partir de los hallazgos, realiza las intervenciones urgentes posibles.
5.	Continuidad de asistencia y/o atención/ referencia externa	Médico	Solicita a la Enfermera que acompañe a la víctima para la continuidad de su asistencia y/o atención luego de estabilizar a la víctima,.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 61 DE 127

			Nota 4: De necesitar atención hospitalaria, la víctima será referida a través del Departamento de Trabajo Social a uno de los hospitales de la Red Hospitalaria Nacional, utilizando la Ficha de Referencia Médica DM-FOR-6 .
6.	Registro de información en expediente	Médico	Registra la información en la Nota de Evolución DM-FOR-7, Ficha Clínica DM-FOR-5 o Ficha de Atención Psiquiátrica DM-FOR-4 .
7.	Registro de información en medio digital	Médico	Registra la información de la víctima atendida en el medio digital y/o sistema informático. Finaliza el procedimiento.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 62 DE 127

4. DOCUMENTOS RELACIONADOS

4.1 Procedimientos


- 4.1.1 DAL-DISV-PRO-1 Procedimiento de Ingreso, Orientación y Admisión de Casos
- 4.1.2 DAL-PRO-1 Procedimiento de Asignación de Casos
- 4.1.3 DPS-PRO-1 Procedimiento de Atención Psicológica
- 4.1.4 DTS-PRO-1 Procedimiento de Atención Social

4.2 Formularios, instructivos, guías y otros

- 4.2.1 Modelo de Asistencia y Atención Integral del Instituto de la Víctima
- 4.2.2 Directorio de Red de Derivación que coordina el Ministerio Público
- 4.2.3 Manual de Atención Informada del Trauma
- 4.2.4 DM-FOR-1 Consentimiento Informado de Atención Médica y/o Psiquiátrica para Niños, Niñas y/o Adolescentes
- 4.2.5 DM-FOR-2 Consentimiento Informado de Atención Médica y/o Psiquiátrica para Adultos
- 4.2.6 DM-FOR-3 Formulario de Historia Clínica Pediátrica
- 4.2.7 DM-FOR-4 Ficha de Atención Psiquiátrica
- 4.2.8 DM-FOR-5 Ficha Clínica
- 4.2.9 DM-FOR-6 Ficha de Referencia Médica
- 4.2.10 DM-FOR-7 Formulario de Nota de Evolución
- 4.2.11 DM-FOR-8 Solicitud de Informe Médico y/o Psiquiátrico


4.3 Documentos externos


No aplica

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 63 DE 127

5. ANEXOS

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">FORMULARIO</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</td> <td style="width: 25%;">VERSIÓN 2</td> <td style="width: 25%;">FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022</td> <td style="width: 25%;">PÁGINA: 63 DE 127</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> VALIDACIÓN CONSENTIMIENTO </div> <p style="text-align: center;">Tipo de delito: _____</p> <p style="text-align: center;">ODN SENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</p> <p>El Instituto de la Víctima busca apoyar al niño, niña y/o adolescente y a Usted, por eso queremos asegurarnos de que se sientan respaldados, valorados y protegidos.</p> <p>Usted ha buscado voluntariamente los servicios del Instituto de la Víctima y por esa razón, deseamos acompañarlos y brindarles el mejor servicio que ustedes necesitan. Para ello, requerimos que durante el proceso de asistencia y atención médica que le brindaremos al niño, niña y/o adolescente, podamos contar con su incesante participación, y que usted nos autorice que se realice al:</p> <p>algunas entrevistas, exploración física, laboratorios, tratamiento necesario o referencias a otros servicios de salud, que nos servirán para el seguimiento de la recuperación de la salud del niño, niña, adolescente o persona a su cargo. Por eso, es necesario que asistan de manera puntual a las citas médicas y/o psiquiátricas en el día y hora que sean programadas.</p> <p>La información que el Instituto de la Víctima le solicitará será confidencial, es decir, no será divulgada a nadie; se utilizará solamente para apoyar al niño, niña, y/o adolescente para su recuperación integral y reparación digna, para que retome su proyecto de vida. En cualquier momento de la atención, el niño, niña y/o adolescente, será informado y tendrá derecho a expresarse, según el Artículo 13 de la Convención de los Derechos del Niño y podrá estar acompañado durante la evaluación, según el Capítulo II, Artículo 4, inciso K de la Ley Orgánica del Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito.</p> <p>Por todo lo anterior, RECONOZCO que se me ha explicado y he comprendido la importancia de mi participación y cooperación, para que el Instituto de la Víctima pueda brindarles al niño, niña, adolescente y/o persona adulta a mi cargo, la atención psicológica a la que tiene derecho.</p> <p>Por lo tanto, como padre, madre o tutor, otorgo mi consentimiento para que el niño, niña, adolescente o persona adulta a mi cargo, reciba la atención médica y/o psiquiátrica</p>	FORMULARIO				CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES				INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	VERSIÓN 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 63 DE 127	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">FORMULARIO</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</td> <td style="width: 25%;">VERSIÓN 2</td> <td style="width: 25%;">FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022</td> <td style="width: 25%;">PÁGINA: 63 DE 127</td> </tr> </table> <p>Nombre de la persona que recibirá la atención: _____</p> <p>Nombre del encargado/a: _____</p> <p>Firma (huella): _____</p> <p>Parentesco o relación con la víctima: _____</p> <p>Documento Personal de Identificación (DPI, pasaporte): _____</p> <p>Lugar y fecha: _____</p> <p>Nombre del profesional de medicina: _____</p> <p>Colegiado No. _____ I _____</p>	FORMULARIO				CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES				INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	VERSIÓN 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 63 DE 127
FORMULARIO																									
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES																									
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	VERSIÓN 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 63 DE 127																						
FORMULARIO																									
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES																									
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	VERSIÓN 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 63 DE 127																						

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
		PÁGINA: 64 DE 127	

VÍCTIMOLÓGICOS			
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA ADULTOS			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
PÁGINA: 1 DE 2			

NÚMERO DE CASO DEFICIENTE

Tipo de delito: _____


CON SENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA ADULTOS

El Instituto de la Víctima busca apoyarte, por eso queremos asegurarnos, que se sienta respetado/a, valorado/a y protegido/a. Usted ha buscado voluntariamente los servicios de la institución, y por esa razón, deseamos acompañarle y brindarle el mejor servicio que usted necesita. Para ello, requerimos que durante el proceso de atención médica que le brindaremos, podamos contar con su importante participación y que usted nos ayude que se le realicen algunas entrevistas, exámenes físicos, laboratorios, tratamiento necesario o referencias a otros servicios de salud que nos servirán, para ofrecerle la atención que necesita para la recuperación de su salud. Por eso, es necesario que asista de manera puntual a las citas médicas y/o psiquiátricas en el día y hora que sean programadas.

La información que el Instituto de la Víctima le solicitará será confidencial, es decir, no será divulgada a nadie; se utilizará solamente para apoyar su recuperación integral y reparación digna, para que usted retome su proyecto de vida, siendo este nuestro objetivo. Si en algún momento necesita una pausa, tiene alguna pregunta o inquietud, hágamelo saber, estoy para servirle.

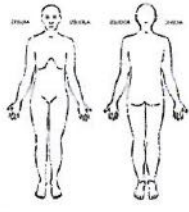
Por todo lo anterior, RECONOZCO que se me ha explicado y he comprendido la importancia de mi participación y cooperación en todo momento, para que el Instituto de la Víctima, pueda brindarme la atención médica y/o psiquiátrica oportuna a la que tengo derecho.


Nombre de la persona que recibirá la atención: _____
Firma (huella) _____
Documento Personal de Identificación (DPI, pasaporte): _____
Lugar y fecha: _____
Nombre del profesional de medicina: _____
Colegiado No. _____ T. _____


	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 65 DE 127


<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</td> <td style="width: 80%;">Formulario de Historia Clínica</td> </tr> <tr> <td>Nombre y Apellido</td> <td>Identificación</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>Sexo</td> </tr> <tr> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td>Estado Civil</td> </tr> <tr> <td>Profesión</td> <td>Religión</td> </tr> <tr> <td>Fecha de Consulta</td> <td>Nombre del Médico</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA</p> <p style="text-align: center;">Tipo de caso: _____</p> <p style="text-align: center;">HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> <p>Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____ Profesión: _____ Religión: _____</p> <p>Motivo de Consulta: _____</p> <p>Historia Clínica: _____</p> <p>ANTECEDENTES</p> <p>Familiares: _____ Uso de medicamentos: _____ Trasplantes: _____ Operaciones: _____ Enfermedades crónicas: _____ Alergias: _____ Antecedentes de trauma: _____ Antecedentes de abuso: _____ Antecedentes de violencia: _____</p>	INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	Formulario de Historia Clínica	Nombre y Apellido	Identificación	Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Profesión	Religión	Fecha de Consulta	Nombre del Médico	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</td> <td style="width: 80%;">Formulario de Antecedentes</td> </tr> <tr> <td>Nombre y Apellido</td> <td>Identificación</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>Sexo</td> </tr> <tr> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td>Estado Civil</td> </tr> <tr> <td>Profesión</td> <td>Religión</td> </tr> <tr> <td>Fecha de Consulta</td> <td>Nombre del Médico</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">FORMULARIO DE ANTECEDENTES</p> <p>ANTECEDENTES ADICIONALES</p> <p>Historia: _____ Exposición a violencia: _____ Exposición a abuso: _____ Exposición a trauma: _____</p> <p>Descripción por sistemas: _____</p> <p>Evaluación clínica: _____ FE: _____ PE: _____ PS: _____ PT: _____</p> <p>Examen físico: _____ Por: _____ Fecha y hora: _____ Estado de conciencia: _____ Signos vitales: _____ Signos de alarma: _____ Signos de alarma pediátrica: _____ Signos de alarma geriátrica: _____ Signos de alarma oncológica: _____ Signos de alarma neurológica: _____ Signos de alarma cardíaca: _____ Signos de alarma renal: _____ Signos de alarma hepática: _____ Signos de alarma hematológica: _____ Signos de alarma endocrina: _____ Signos de alarma inmunológica: _____ Signos de alarma infecciosa: _____ Signos de alarma neoplásica: _____</p>	INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	Formulario de Antecedentes	Nombre y Apellido	Identificación	Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Profesión	Religión	Fecha de Consulta	Nombre del Médico	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</td> <td style="width: 80%;">Formulario de Referencia</td> </tr> <tr> <td>Nombre y Apellido</td> <td>Identificación</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>Sexo</td> </tr> <tr> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td>Estado Civil</td> </tr> <tr> <td>Profesión</td> <td>Religión</td> </tr> <tr> <td>Fecha de Consulta</td> <td>Nombre del Médico</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">FORMULARIO DE REFERENCIA</p> <p>Referencia: _____</p> <p>Motivo de la referencia: _____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Fecha de referencia: _____</p>	INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	Formulario de Referencia	Nombre y Apellido	Identificación	Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Profesión	Religión	Fecha de Consulta	Nombre del Médico
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	Formulario de Historia Clínica																																					
Nombre y Apellido	Identificación																																					
Edad	Sexo																																					
Fecha de Nacimiento	Estado Civil																																					
Profesión	Religión																																					
Fecha de Consulta	Nombre del Médico																																					
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	Formulario de Antecedentes																																					
Nombre y Apellido	Identificación																																					
Edad	Sexo																																					
Fecha de Nacimiento	Estado Civil																																					
Profesión	Religión																																					
Fecha de Consulta	Nombre del Médico																																					
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	Formulario de Referencia																																					
Nombre y Apellido	Identificación																																					
Edad	Sexo																																					
Fecha de Nacimiento	Estado Civil																																					
Profesión	Religión																																					
Fecha de Consulta	Nombre del Médico																																					


<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nombre</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Apellido</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Fecha de Nacimiento</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td>Estado Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a</td> <td>Profesión</td> <td></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">NO IDENTIFICADO</p> <p>Tipo de caso:</p> <p>FICHA CLÍNICA</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____ Profesional responsable: _____</p> <p>Nombre: _____ Apellido: _____ Lugar de nacimiento: _____</p> <p>Códi: _____ Sexo: _____ Edad: _____</p> <p>Examen: _____ Lugar de nacimiento: _____</p> <p>Descripción: _____</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA</p> <p>.....</p> <p>HISTORIA CLÍNICA</p> <p>.....</p> <p>ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES</p> <p>.....</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Hipertensión</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Alergias</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Alcoholismo</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Tabaquismo</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Convulsiones</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Otros</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Profesión		Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hipertensión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alergias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Obesidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alcoholismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tabaquismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otros	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nombre</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Apellido</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Fecha de Nacimiento</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td>Estado Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a</td> <td>Profesión</td> <td></td> </tr> </table> </div> <p>ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Alergias</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Gr</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Alcoholismo</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Insomnio</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de ansiedad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de personalidad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de conducta</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Trastorno de ansiedad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de identidad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Trastorno de personalidad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de orientación</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Trastorno de conducta</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de memoria</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Trastorno de identidad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de percepción</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Trastorno de orientación</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de pensamiento</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Trastorno de memoria</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de sentimiento</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Trastorno de percepción</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de voluntad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Trastorno de pensamiento</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de conciencia</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Trastorno de sentimiento</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de voluntad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Trastorno de voluntad</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Trastorno de conciencia</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table> <p>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS</p> <p>Menstrual: Frecuencia: _____ Duración: _____ Color: _____</p> <p>Úterus: Tamaño: _____ Forma: _____</p> <p>Adnexos: Tamaño: _____ Forma: _____</p> <p>Embarazos: Número: _____ Partos: _____</p> <p>Abortos: Número: _____ Partos: _____</p> <p>Trastornos de embarazo: Sí No</p> <p>Trastornos de parto: Sí No</p> <p>REVISOR POR SISTEMA</p> <p>.....</p> <p>EXAMEN FÍSICO</p> <p>.....</p> <p>Prax y Reflexos:</p> <p>Cefálica y cuello:</p> <p>Cardíaca:</p> <p>Respiratoria:</p> <p>Abdominal:</p> <p>Genital:</p> <p>Extremidades:</p> <p>Neurológico:</p>	Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Profesión		Alergias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Gr	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alcoholismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Insomnio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de personalidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Obesidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de conducta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de identidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de personalidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de orientación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de conducta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de memoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de identidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de percepción	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de orientación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de pensamiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de memoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de sentimiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de percepción	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de voluntad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de pensamiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de conciencia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de sentimiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de voluntad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de voluntad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de conciencia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nombre</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Apellido</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Fecha de Nacimiento</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td>Estado Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a</td> <td>Profesión</td> <td></td> </tr> </table> </div> <p>Impresión global (IG)</p> <p>.....</p> <p>Trastorno y plus o minus</p> <p>.....</p> <p>Referencia</p> <p>.....</p> <p>Observaciones</p> <p>.....</p> <p>Firma del médico</p> <p>.....</p>	Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Profesión	
Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento																																																																																																																
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Profesión																																																																																																																
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hipertensión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alergias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																															
Obesidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alcoholismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tabaquismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																															
Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otros	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																															
Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento																																																																																																																
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Profesión																																																																																																																
Alergias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Gr	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Insomnio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de personalidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Obesidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de conducta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de identidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Trastorno de personalidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de orientación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Trastorno de conducta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de memoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Trastorno de identidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de percepción	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Trastorno de orientación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de pensamiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Trastorno de memoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de sentimiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Trastorno de percepción	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de voluntad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Trastorno de pensamiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de conciencia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Trastorno de sentimiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de voluntad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Trastorno de voluntad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trastorno de conciencia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																	
Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento																																																																																																																
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Profesión																																																																																																																


<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nombre</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Apellido</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Fecha de Nacimiento</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td>Estado Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a</td> <td>Profesión</td> <td></td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <p>LESIONES</p> <p>.....</p>	Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Profesión		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nombre</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Apellido</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Fecha de Nacimiento</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td>Estado Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a</td> <td>Profesión</td> <td></td> </tr> </table> </div> <p>Impresión global (IG)</p> <p>.....</p> <p>Trastorno y plus o minus</p> <p>.....</p> <p>Referencia</p> <p>.....</p> <p>Observaciones</p> <p>.....</p> <p>Firma del médico</p> <p>.....</p>	Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Profesión	
Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento																					
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Profesión																					
Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento																					
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Profesión																					


	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 68 DE 127

FORMULARIO			
FICHA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
PÁGINA: 2 DE 2			
NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE			
Tipo de delito: _____			
FICHA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA			
Nombre de la institución:			
Unidad a la que se refiere:			
Nombre del paciente:			
Sexo: Hombre / Mujer		Edad:	
Orientación sexual y/o identidad de género:			
DPI/CUI:			
Fecha de referencia:		Hora:	
Nombre del responsable que envía paciente:			
Impresión clínica:			
Resumen clínico			
Signos vitales			
P/A	Temperatura C°	F.R.	F.C.
Tratamiento empleado			
Condiciones de traslado			
Nombre y firma del responsable:			
Nombre de la persona que recibe:			
Fecha hora y firma:			

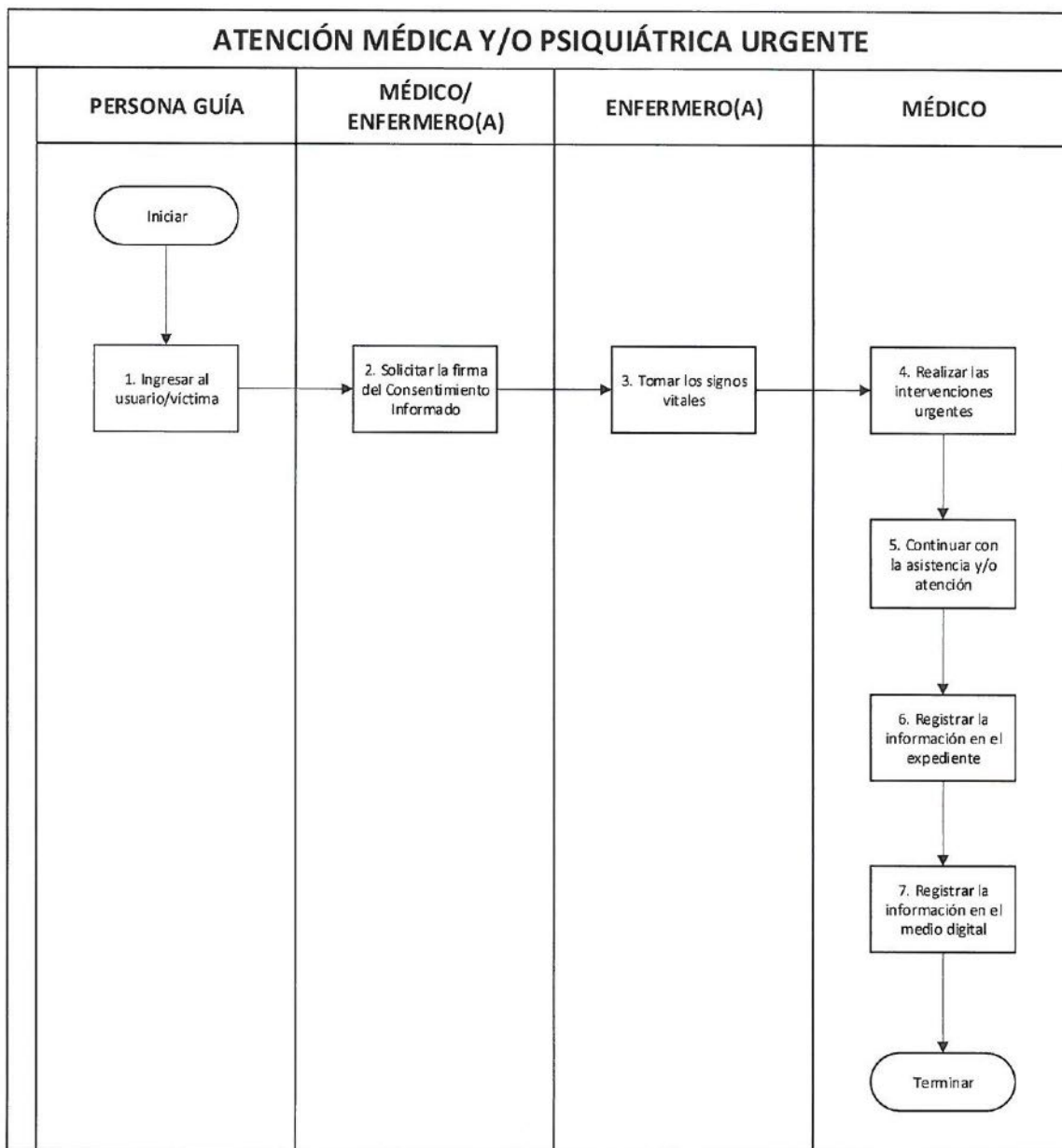
	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 69 DE 127

PROSECUCIONES						
NOTA DE EVOLUCIÓN						
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 1		
NÚMERO DE CASO EXPEDIENTE						
Tipo de delito:						
NOTA DE EVOLUCIÓN						
Fecha:	Hora:	Diagnóstico:		Lugar:		
Nombre del paciente:		Médico tratante:			Colegiado:	
MA	Companaria C	F. A.	F. C.	PEMI	CRS	CPGZ
Historia de la enfermedad/evolución						
Laboratorio						
Plan de tratamiento						
Diagnóstico(s) final(es)						
Observaciones						
Historia consultar: _____ Fecha de contacto para su caso: _____						

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 70 DE 127

	FORMULARIO		
	SOLICITUD DE INFORME MÉDICO Y/O PSIQUIÁTRICO		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
SOLICITUD DE INFORME MÉDICO Y/O PSIQUIÁTRICO			
Nombre de quien solicita: _____			
Fecha de solicitud: _____			
Fecha en que se solicita la entrega del informe: _____			
Tipo de Informe que solicita: _____			
Objetivos del tipo de informe médico y/o psiquiátrico solicitado: _____			
DATOS DEL CASO			
Número de Expediente (V u otro): _____			
Nombre de la víctima: _____			
Edad de la víctima: _____			
Número de teléfono de la víctima: _____			
Etapa procesal y fecha de audiencia: _____			
Profesional de medicina y/o psiquiatría a cargo: _____			
Otras necesidades: _____			

FLUJOGRAMA






**PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN
MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA**

DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS

VERSIÓN 2

GUATEMALA, FEBRERO 2022

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 73 DE 127


Vigencia: 15/02/2022	Código: DM-PRO-2	Elaboración: 28/09/2021
-----------------------------	-------------------------	--------------------------------

Ámbito de Aplicación:

DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS DEL INSTITUTO PARA
LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA

Etapas	Nombre y cargo	Firma
Elaborado por:	Dra. Edna Anabella Julián Leal Profesional Especializado V Departamento Médico Dirección de Servicios Victimológicos	
Diseñado y Estructurado por:	Londy Lucrecia Elias Ceseña Jefe III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional	
Revisado por:	Dra. Vilma Liceth Rojas Montejo Directora de Servicios Victimológicos	

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

1. PROPÓSITO Y ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO


Estandarizar las actividades para prestar los servicios médicos y/o psiquiátricos, con el fin de estabilizar a las víctimas y recuperar su salud. De ser necesario, por el estado de salud de la víctima y su familia, se realiza la referencia correspondiente con las instituciones médicas especializadas a través del Departamento de Trabajo Social.

El presente procedimiento abarca a todas las sedes del Instituto de la Víctima, donde se aplica el Modelo de Asistencia y Atención Integral del Instituto de la Víctima.

2. GLOSARIO

Para la correcta aplicación de lo dispuesto en el presente procedimiento se entiende por:


- a) **Nota de Evolución:** Formulario donde queda registrada la evaluación de re-consultas de víctimas mayores y menores de edad.
- b) **Ficha de Atención Psiquiátrica:** Formulario donde queda registrado el conjunto de datos de víctimas mayores y menores de edad, referentes al área médica psiquiátrica (examen mental).
- c) **Ficha Clínica:** Formulario donde queda registrado el conjunto de datos referente a un paciente mayor de edad (signos vitales, anamnesis, plan terapéutico, solicitud o Evaluación de Pruebas Diagnósticas Complementarias) durante la primera evaluación médica.
- d) **Ficha Clínica Pediátrica:** Formulario donde queda registrado el conjunto de datos referente a un paciente menor de edad (signos vitales, anamnesis, plan terapéutico, solicitud o Evaluación de Pruebas Diagnósticas Complementarias) durante la primera evaluación médica.
- e) **Red Hospitalaria Nacional:** Instituciones públicas que brindan atención de tercer nivel, ya que cuentan con atención de emergencia y consultas externas, con la opción de ingreso hospitalario.
- f) **Red de Derivación:** Conjunto de Instituciones multidisciplinarias gubernamentales y no gubernamentales, internacionales y personas individuales o jurídicas de los diferentes departamentos de la República de Guatemala, que proporcionan su apoyo y sus servicios especializados a todas las personas que hayan sido víctimas del delito.
- g) **Signos vitales:** Son las funciones fisiológicas que pueden medirse, para la toma de decisiones médicas.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 75 DE 127

3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABLES


El Procedimiento de Evaluación Médica y/o Psiquiátrica contiene las actividades, responsables y descripciones siguientes:

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
3.1 EVALUACIÓN MÉDICA ÚNICA EN CASOS NO ADMISIBLES		
1. Ingreso al usuario/víctima	Persona guía	Brinda acompañamiento a la víctima hacia la clínica médica.
2. Firma de Consentimiento Informado	Médico/ Enfermero(a)	Explica en qué consiste el Consentimiento Informado, resuelve dudas y solicita firma en el documento para que la víctima pueda ser evaluada medicamente. Nota 1: Si es niño, niña o adolescente, se hará lectura del Consentimiento Informado de Atención Médica y/o Psiquiátrica para Niños, Niñas y/o Adolescentes DM-FOR-1 y se solicitará la firma del padre, madre o tutor. Nota 2: Si es adulto, se le entrega el Consentimiento Informado de Atención Médica y/o Psiquiátrica para Adultos DM-FOR-2 .
3. Toma de signos vitales	Enfermero(a)	Recibe a la víctima y toma los signos vitales para determinar su estado.
4. Realización de intervenciones necesarias	Médico	Revisa a la víctima y a partir de los hallazgos, efectúa las intervenciones necesarias.
5. Examen Clínico Médico	Médico	Realiza el Examen Clínico Médico, de ser necesario, se elabora la Ficha de Referencia Médica DM-FOR-6 , receta médica y se proporciona medicamento si hay en existencia. Nota 3: Se refiere a través del Departamento de Trabajo Social.
6. Entrega y registro de medicamento	Médico/ Enfermero(a)	La entrega de medicamento se registra en el Libro de Control autorizado por la Contraloría General de Cuentas y se solicita al usuario la firma de recepción de medicamento.
7. Registro de información	Médico	Registra la información en la Nota de Evolución DM-FOR-7 , medio digital y/o sistema informático.


	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 76 DE 127

3.2 EVALUACIÓN MÉDICA A VÍCTIMAS

8.	Acompaña a la víctima	Trabajador(a) Social	Le da acompañamiento a la víctima y traslada la Referencia Médica al Departamento Médico.
9.	Disponibilidad de agenda	Médico/ Enfermero(a)	<p>Recibe Referencia Médica y verifica disponibilidad en agenda para atención inmediata.</p> <p>Si hay disponibilidad de agenda en el Departamento, continúa en actividad 10.</p> <p>No hay disponibilidad de agenda en el Departamento, programa fecha para su evaluación médica e informa a la víctima. Luego de la programación, continúa en actividad 10.</p>
10.	Ingreso de la Víctima	Médico/ Enfermero(a)	<p>Recibe, escucha a la víctima de forma responsable y empática.</p> <p>Requiere y revisa la documentación que considere necesaria.</p>
11.	Información de atención médica y/o psiquiátrica	Médico	Informa a la víctima el propósito de la atención médica y/o psiquiátrica y la posibilidad de que sea utilizada en el proceso penal ante una potencial reparación digna.
12.	Firma del consentimiento informado	Médico/ Enfermero(a)	<p>Nota 4: Si es niño, niña o adolescente, se hará lectura del Consentimiento Informado de Atención Médica y/o Psiquiátrica para Niños, Niñas y/o Adolescentes DM-FOR-1 y se solicitará la firma del padre, madre o tutor.</p> <p>Nota 5: Si es adulto, se le entrega el Consentimiento Informado de Atención Médica y/o Psiquiátrica para Adultos DM-FOR-2.</p>
13.	Toma de signos vitales	Médico/ Enfermero(a)	<p>Recibe a la víctima y toma signos vitales. Si la víctima es de primera atención, se anota en la Ficha Clínica DM-FOR-5 o Ficha de Atención Psiquiátrica DM-FOR-4.</p> <p>Nota 6: Si es niño, niña o adolescente en primera atención, se utiliza el Formulario de Historia Clínica Pediátrica DM-FOR-3.</p> <p>Nota 7: La Ficha de Atención Psiquiátrica se utiliza en víctimas mayores y menores de edad.</p>

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 77 DE 127

14.	Realización de intervenciones necesarias	Médico	Revisa a la víctima y a partir de los hallazgos, realiza las intervenciones necesarias.
15.	Examen Clínico Médico y/o Psiquiátrico	Médico	<p>Realiza el Examen Clínico Médico y/o Psiquiátrico, y de ser necesario, se elabora la Ficha de Referencia Médica y/o Psiquiátrica DM-FOR-6, receta médica y se proporciona medicamento si hay en existencia. Elabora el plan de tratamiento médico para la víctima.</p> <p>Si el usuario/víctima es de primera atención, se anota en la Ficha Clínica o Ficha de Atención Psiquiátrica.</p> <p>Nota 8: Si es niño, niña o adolescente en primera atención, se utiliza el Formulario de Historia Clínica Pediátrica.</p> <p>Nota 9: Se refiere a través del Departamento de Trabajo Social.</p>
16.	Entrega y registro de medicamento	Médico/ Enfermero(a)	La entrega de medicamento se registra en el Libro de Actas autorizado por la Contraloría General de Cuentas y solicita a la víctima la firma de recepción de medicamento.
17.	Registro de información en medio digital	Médico	<p>Registra la información en medio digital y/o sistema informático.</p> <p>Agenda fecha de próxima cita y proporciona a la víctima el plan educacional que corresponda a su estado de salud, para el adecuado cumplimiento de las indicaciones médicas y la obtención de resultados.</p>
3.3 RE-CONSULTA			
18.	Ingreso de la Víctima	Médico/ Enfermero(a)	<p>Recibe y escucha a la víctima de forma responsable y empática.</p> <p>Requiere y revisa la documentación que considere necesaria.</p>
19.	Toma de signos vitales	Médico/ Enfermero(a)	Toma signos vitales y registra en la Nota de Evolución DM-FOR-7 .
20.	Realización de intervenciones necesarias	Médico	Revisa a víctima y a partir de los hallazgos, realiza las intervenciones necesarias.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 78 DE 127


21.	Examen Clínico Médico y/o Psiquiátrico	Médico	<p>Realiza el Examen Clínico Médico y/o Psiquiátrico, de ser necesario, se elabora la Ficha de Referencia Médica y/o Psiquiátrica DM-FOR-6, receta médica y se proporciona medicamento si hay en existencia.</p> <p>Nota 10: Se refiere a través del Departamento de Trabajo Social.</p>
22.	Entrega y registro de medicamento	Médico/ Enfermero(a)	Registra la entrega de medicamento en el Libro de Control autorizado por la Contraloría General de Cuentas y solicita a la víctima la firma o huella digital de recepción de medicamento.
23.	Registro de información en medio digital	Médico	<p>Registra la información en medio digital y/o sistema informático.</p> <p>Agenda fecha de próxima cita y proporciona a la víctima, el plan educacional que corresponda a su estado de salud, para el adecuado cumplimiento de las indicaciones médicas y la obtención de resultados.</p>

3.4 CIERRE DE CASO


24.	Verificación de inasistencia y cierre de caso	Médico	<p>En el caso que la víctima deje de asistir por seis meses o se tenga información de su fallecimiento, se procede a cerrar el caso utilizando el Formato de Informe de Cierre de Caso DM-FOR-9.</p> <p>Nota 11: El cierre del caso se realiza, previo visto bueno de Dirección de Servicios Victimológicos.</p> <p>De no proceder el cierre, se continúa atendiendo el caso.</p>
-----	--	--------	---

3.5 SOLICITUDES DE INFORMES A REQUERIMIENTO


25.	Ingreso de solicitud	Director(a) de Servicios Victimológicos	<p>Recibe la solicitud por escrito de Instituciones de Seguridad, Justicia o de abogados de la Dirección de Asistencia Legal.</p> <p>Nota 12: En el caso de los abogados de la Dirección de Asistencia Legal para la solicitud, se debe utilizar el Formulario de Solicitud de Informe Médico y/o Psiquiátrico DM-FOR-8.</p>
26.	Solicitud de informe	Director(a) de Servicios Victimológicos	Solicita la elaboración del informe a la Jefatura del Departamento Médico.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 79 DE 127

27.	Asignación de solicitud	Jefatura del Departamento Médico	Recibe la solicitud y asigna a través de oficio al profesional que elaborará el informe, según plazo establecido en el requerimiento.
28.	Elaboración de informe	Médico	Elabora el informe y lo traslada a la Jefatura del Departamento Médico para su revisión.
29.	Revisión preliminar de Informe	Jefatura del Departamento Médico	Recibe y revisa el informe. Si el informe requiere cambios lo devuelve al Médico para que realice dichos cambios y sigue en la actividad 30. Si el informe cumple con los requisitos técnicos y continúa en la actividad 31.
30.	Corrección de informe	Médico	Realiza las correcciones solicitadas y regresa a la actividad 28.
31.	Traslado de informe	Jefatura del Departamento Médico	Recibe y traslada informe a la Dirección de Servicios Victimológicos por medio de oficio.
32.	Revisión, aprobación y envío de Informe	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe, revisa, aprueba y traslada el informe a donde fue solicitado.
33.	Archivo de documentos	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe el informe y procede a archivarlo en el expediente.
3.6 PARTICIPACIÓN EN PROCESO PENAL			
34.	Ingreso de solicitud	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe solicitud por escrito de Instituciones de Seguridad, Justicia o de abogados de la Dirección de Asistencia Legal. Nota 13: En el caso de los abogados de la Dirección de Asistencia Legal, la solicitud se debe realizar a través del Formulario de Solicitud de Participación en el Proceso Penal DM-FOR-10 .
35.	Solicitud de participación	Director(a) de Servicios Victimológicos	Solicita a Jefatura del Departamento Médico la asignación del profesional.
36.	Asignación de profesional	Jefatura del Departamento Médico	Recibe la solicitud y asigna a través de oficio, al profesional que participará en el proceso penal.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 80 DE 127

37.	Participación en proceso penal	Médico	Participa en el proceso penal, realiza las diligencias necesarias que coadyuven a la reparación digna e integral.
38.	Elaboración de informe de participación en proceso penal	Médico	Elabora el Informe de Participación en el Proceso Penal y lo traslada a la Jefatura del Departamento Médico para su revisión.
39.	Revisión preliminar de Informe	Jefatura del Departamento Médico	<p>Recibe y revisa el informe.</p> <p>Si el informe requiere cambios, lo devuelve al Médico para que los realice y sigue en la actividad 40.</p> <p>Si el informe cumple con los requisitos técnicos, continúa en la actividad 41.</p>
40.	Corrección de informe	Médico	Realiza correcciones solicitadas y traslada a la Jefatura del Departamento Médico.
41.	Traslado de informe	Jefatura del Departamento Médico	Recibe y traslada informe a la Dirección de Servicios Victimológicos por medio de oficio.
42.	Revisión, aprobación y envío de Informe	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe, revisa, aprueba y envía el informe a donde fue solicitado.
43.	Archivo de documentos	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe el informe y procede a archivarlo en el expediente. Finaliza el procedimiento.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 81 DE 127

4. DOCUMENTOS RELACIONADOS

4.1 Procedimientos


- 4.1.1 DAL-DISV-PRO-1 Procedimiento de Ingreso, Orientación y Admisión de Casos
- 4.1.2 DAL-PRO-1 Procedimiento de Asignación de Casos
- 4.1.3 DPS-PRO-1 Procedimiento de Atención Psicológica
- 4.1.4 DTS-PRO-1 Procedimiento de Atención Social

4.2 Formularios, Instructivos, guías y otros

- 4.2.1 Modelo de Asistencia y Atención Integral del Instituto de la Víctima -MAIVI-
- 4.2.2 Directorio de Red de Derivación que coordina el Ministerio Público
- 4.2.3 Manual de Atención Informada del Trauma
- 4.2.4 DM-FOR-1 Consentimiento Informado de Atención Médica y/o Psiquiátrica para Niños, Niñas y/o Adolescentes
- 4.2.5 DM-FOR-2 Consentimiento Informado de Atención Médica y/o Psiquiátrica para Adultos
- 4.2.6 DM-FOR-3 Formulario de Historia Clínica Pediátrica
- 4.2.7 DM-FOR-4 Ficha de Atención Psiquiátrica
- 4.2.8 DM-FOR-5 Ficha Clínica
- 4.2.9 DM-FOR-6 Ficha de Referencia Médica y/o Psiquiátrica
- 4.2.10 DM-FOR-7 Nota de Evolución
- 4.2.11 DM-FOR-8 Solicitud de Informe Médico y/o Psiquiátrico
- 4.2.12 DM-FOR-9 Formato de Informe de Cierre de Caso
- 4.2.13 DM-FOR-10 Formulario de Solicitud de Participación en el Proceso Penal


4.3 Documentos externos


No aplica

	MANUAL			
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 82 DE 127

5. ANEXOS

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%;">INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑO E, NIÑA E Y/O ADOLESCENTE</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Nombre de la víctima:</td> <td>Apellido:</td> <td>Fecha de nacimiento:</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> CONSENTIMIENTO INFORMADO </div> <p style="margin-left: 40px;">Tipo de delito: _____</p> <p style="text-align: center;">CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑO E, NIÑA E Y/O ADOLESCENTE</p> <p>El Instituto de la Víctima busca apoyar al niño, niña y/o adolescente y a Usted, por ello queremos asegurarnos de que se sienta respaldado/a, valorado/a y protegido/a.</p> <p>Usted ha buscado voluntariamente los servicios del Instituto de la Víctima y por esa razón, deseamos acompañarlo y brindarle el mejor servicio que ustedes necesitan. Para ello, requerimos que durante el proceso de atención y atención médica que le brindaremos al niño, niña y/o adolescente, podamos contar con su importante participación, y que usted nos autorice que se realice a:</p> <p>algunas entrevistas, exploración física, laboratorios, tratamiento necesario o referencias a otros servicios de salud, que nos sirvan para el seguimiento de la recuperación de la salud del niño, niña, adolescente o persona a su cargo. Por eso, es necesario que asista de manera puntual a las citas médicas y/o psiquiátricas en el día y hora que sean programadas.</p> <p>La información que el Instituto de la Víctima le solicitará será confidencial, es decir, no será divulgada a nadie; se utiliza solamente para apoyar al niño, niña, y/o adolescente para su recuperación integral y rehabilitación digna, para que retome su proyecto de vida. En cualquier momento de la atención, el niño, niña y/o adolescente, sea informado y tendrá derecho a expresarse según el Artículo 13 de la Convención de los Derechos del Niño y podrá estar acompañado durante la evaluación, según el Capítulo II, Artículo 4, inciso K de la Ley Orgánica del Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito.</p> <p>Por todo lo anterior, RECONOZCO que se me ha explicado y he comprendido la importancia de mi participación y cooperación, para que el Instituto de la Víctima pueda brindarle al niño, niña, adolescente y/o persona adscrita a mi cargo, la atención médica y/o psiquiátrica adecuada.</p> <p>Por lo tanto, como padre, madre o tutor, otorgo mi consentimiento para que el niño, niña, adolescente o persona adscrita a mi cargo, reciba la atención médica y/o psiquiátrica.</p>	INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑO E, NIÑA E Y/O ADOLESCENTE		Nombre de la víctima:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%;">INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑO E, NIÑA E Y/O ADOLESCENTE</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Nombre de la víctima:</td> <td>Apellido:</td> <td>Fecha de nacimiento:</td> </tr> </table> <p>Nombre de la persona que recibirá la atención: _____</p> <p>Nombre del encargado/a: _____</p> <p>Firma (huella): _____</p> <p>Parentesco o relación con la víctima: _____</p> <p>Documento Personal de Identificación (DPI), pasaporte: _____</p> <p>Lugar y fecha: _____</p> <p>Nombre del profesional de medicina: _____</p> <p>Colegiado No. _____</p>	INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑO E, NIÑA E Y/O ADOLESCENTE		Nombre de la víctima:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑO E, NIÑA E Y/O ADOLESCENTE												
Nombre de la víctima:	Apellido:	Fecha de nacimiento:											
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA PARA NIÑO E, NIÑA E Y/O ADOLESCENTE												
Nombre de la víctima:	Apellido:	Fecha de nacimiento:											

	MANUAL			
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 83 DE 127

	INSTITUTO DE LA VÍCTIMA			
	DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS			
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 1	

NÚMERO DE CASO DELEGADO:

Tipo de delito: _____


**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA
Y/O PSIQUIÁTRICA PARA ADULTO**


El Instituto de la Víctima busca apoyarle, por eso queremos asegurarnos, que se sienta respetado, valorado y protegido. Usted ha buscado voluntariamente los servicios de la institución y por esa razón, deseamos acompañarle y brindarle el mejor servicio que usted necesita. Para ello, requerimos que durante el proceso de atención médica que le brindaremos, podamos contar con su importante participación y que usted nos autorice que se le realicen algunas entrevistas, exámenes físicos, laboratorios, tratamiento necesario o referencias a otros servicios de salud que nos servirán, para ofrecerle la atención que necesita para la recuperación de su salud. Por eso, es necesario que asista de manera puntual a las citas médicas y/o psiquiátricas en el día y hora que sean programadas.

La información que el Instituto de la Víctima le solicitará será confidencial, es decir, no será divulgada a nadie; se utilizará solamente para apoyar su recuperación integral y reparación digna para que usted retome su proyecto de vida, siendo este nuestro objetivo. Si en algún momento necesita una pausa, tiene alguna pregunta o inquietud, hágamelo saber, estoy para servirle.

Por todo lo anterior, RECONOZCO que se me ha explicado y he comprendido la importancia de mi participación y cooperación en todo momento, para que el Instituto de la Víctima, pueda brindarme la atención médica y/o psiquiátrica oportuna a la que tengo derecho.

Nombre de la persona que recibirá la atención: _____
 Firma (huella) _____
 Documento Personal de Identificación (DPI, pasaporte): _____
 Lugar y fecha: _____
 Nombre del profesional de medicina: _____
 Colegiado No. _____

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 87 DE 127

	INFORMACIÓN INSTITUTO DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS		
	Código: DSV-MA-1	Versión: 2	Fecha de Aprobación: 15/02/2022

NUMERO DE CASO O EXPEDIENTE

Tipo de delito: _____

FICHA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA

Nombre de la institución: _____
 Unidad a la que se refiere: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
 Sexo: Hombre: Mujer: Orientación sexual y/o identidad de género: _____
 OPI/CI: _____
 Fecha de referencia: _____ Hora: _____

Nombre del responsable que envía al paciente: _____
 Impresión clínica: _____

Resumen clínico	


Signos vitales			
P/A	Temperatura C	F R	F C

Tratamiento empleado: _____


Condiciones de traslado	


Nombre y firma del responsable:	
---------------------------------	--

Nombre de la persona que recibe:	
Fecha hora y firma:	

	MANUAL			
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 88 DE 127

<small>FORNIZOR</small>		<small>NOTA DE EVOLUCIÓN</small>		
<small>CÓDIGO: DSV-MA-1</small>	<small>VERSIÓN: 2</small>	<small>FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022</small>	<small>PÁGINA: 1 DE 4</small>	
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 20px;">NÚMERO DE CASO O EXPOSICIÓN</td> </tr> </table>				NÚMERO DE CASO O EXPOSICIÓN
NÚMERO DE CASO O EXPOSICIÓN				
Tipo de daño:				
NOTA DE EVOLUCIÓN				
Fecha:	Hour:	Diagnóstico:	Edad:	
Nombre del paciente:				
Médico tratante:		Colgado:		
P.A.	Temperatura C.	P. M.	P. L.	
PESO	G.M.	C.P.C.	C.P.C.	
Historia de la enfermedad/evolución				
Laboratorio				
Plan de tratamiento				
Diagnóstico(s) final(es)				
Observaciones				
Médico creador: _____ Fecha de creación por sistema: _____				

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

	FORMULARIO		
	SOLICITUD DE INFORME MÉDICO Y/O PSIQUIÁTRICO		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 2 DE 2

SOLICITUD DE INFORME MÉDICO Y/O PSIQUIÁTRICO

Nombre de quien solicita: _____

Fecha de solicitud: _____

Fecha en que se solicita la entrega del informe: _____

Tipo de Informe que solicita: _____

Objetivos del tipo de Informe médico y/o psiquiátrico solicitado: _____

DATOS DEL CASO

Número de Expediente (V u otro): _____

Nombre de la víctima: _____


Edad de la víctima: _____


Número de teléfono de la víctima: _____

Etapas procesales y fecha de audiencia: _____

Profesional de medicina y/o psiquiatría a cargo: _____

Otras necesidades: _____

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 90 DE 127

	RESUMARIO		
	INFORME DE CIERRE DE CASO		
Código: DSV-MA-1	Versión: 2	Fecha de Aprobación: 15/02/2022	Página: 1 de 1

INFORME DE CIERRE DE CASO

I. Datos Generales

Nombre:
Sexo:
Edad:
Residencia actual:
Teléfono:
Fecha de inicio del proceso de la atención médica y/o psiquiátrica:
Fecha de cierre del caso:
Tiempo de duración del proceso de la atención médica y/o psiquiátrica

II. Motivo de Consulta
Breve explicación del motivo de consulta


III. Descripción del proceso de atención médica y/o psiquiátrica:
Explicar el proceso de la atención médica y/o psiquiátrica brindada


IV. Motivo de cierre:
Explicar el motivo de cierre de la atención médica y/o psiquiátrica.

Médico(a) y/o psiquiatra tratante

Revisado

Fecha

	MANUAL			
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 91 DE 127

	INSTITUTO DE LA VÍCTIMA			
	SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO PENAL			
DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 1	

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO PENAL

Nombre de quien solicita: _____

Fecha de solicitud: _____

Profesional de medicina o psiquiatría requerido: _____

Tipo de participación solicitada: _____

Fecha y hora en la que se solicita la participación: _____

Lugar de la participación: _____

DATOS DEL CASO

Número de expediente: _____

Nombre de la víctima: _____

Edad de la víctima: _____

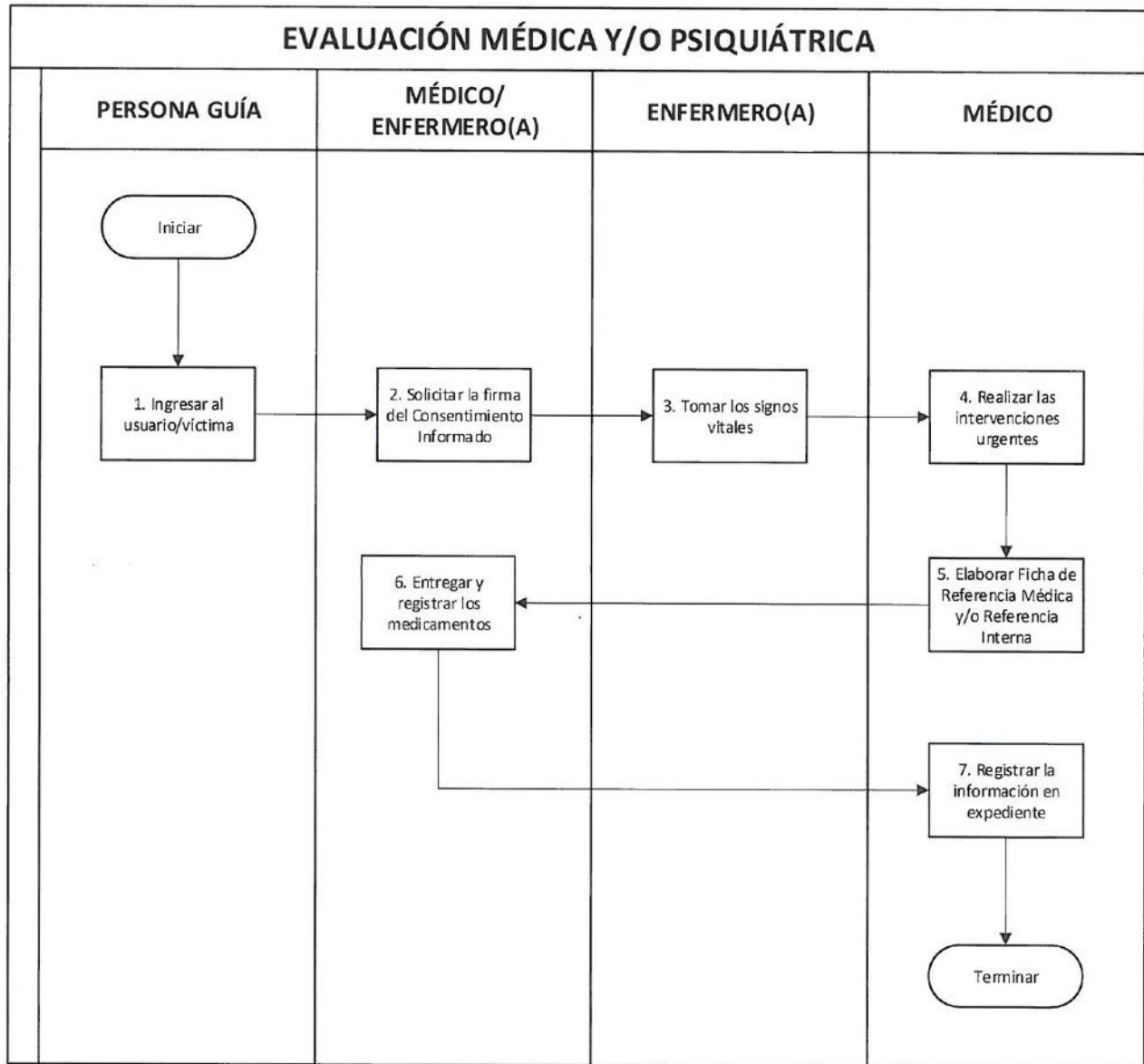
Número de teléfono de la víctima: _____

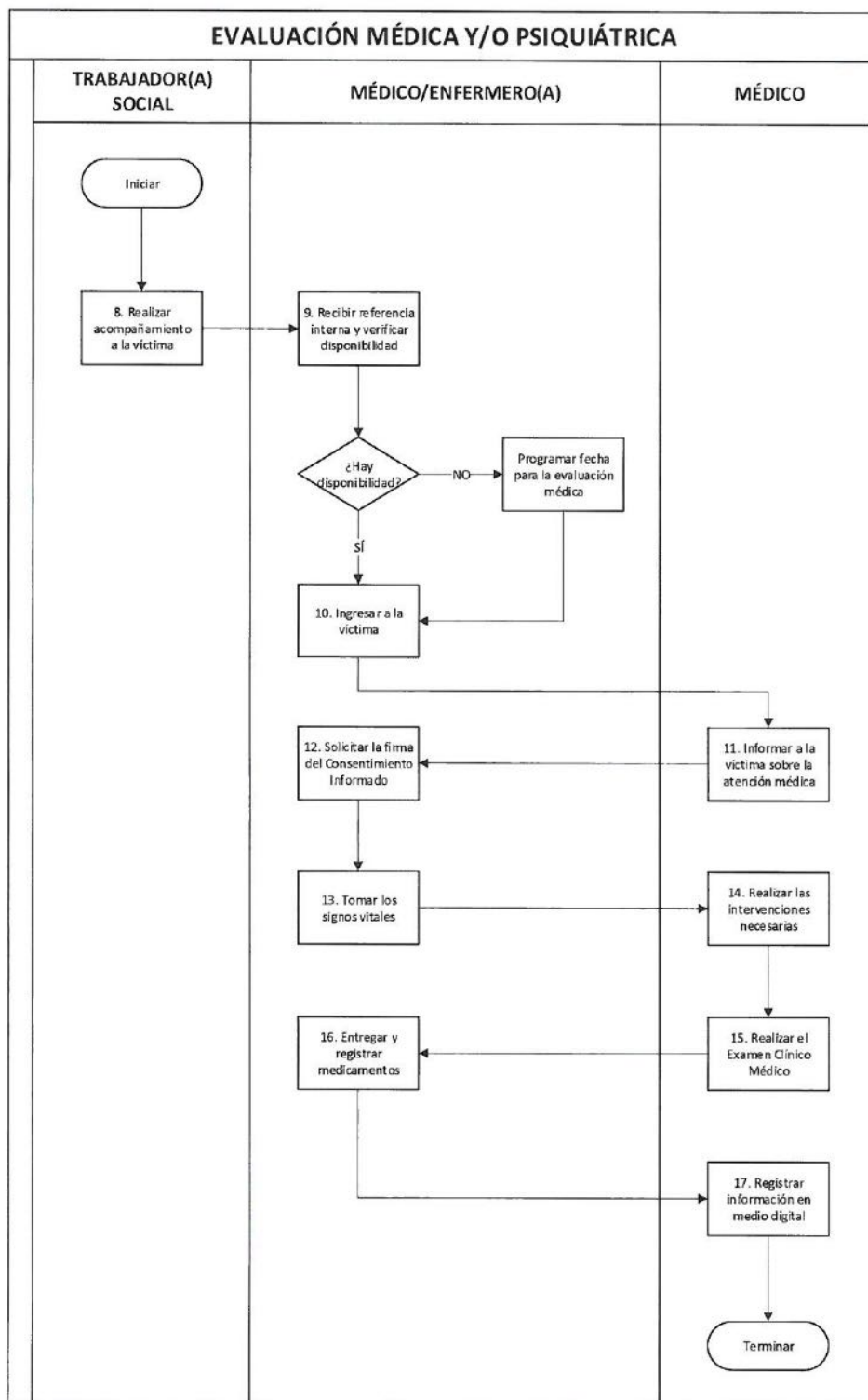
Etapas procesales:

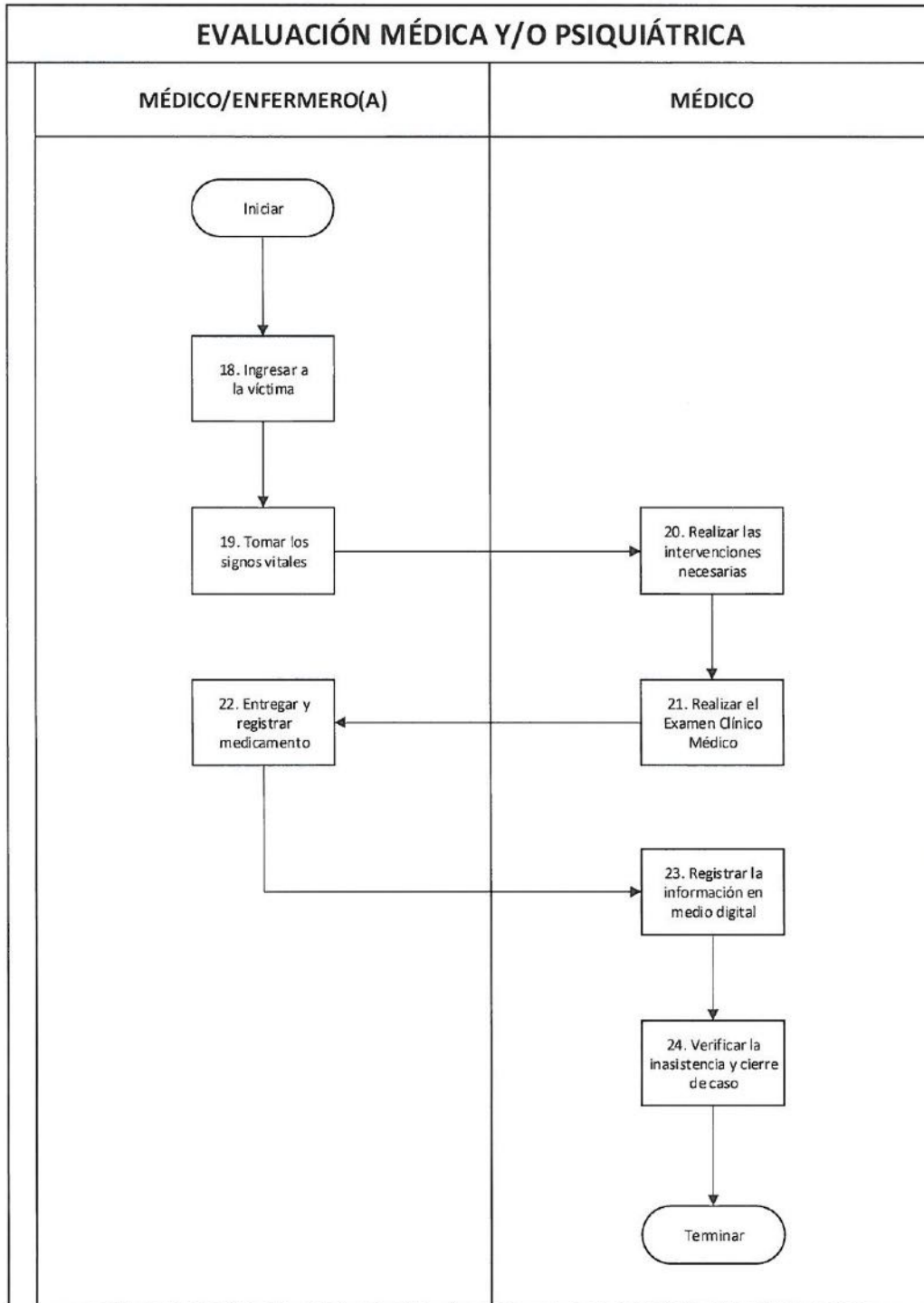
Identificación de documentos relacionados a la participación (informes, ampliación de informes, otros): _____

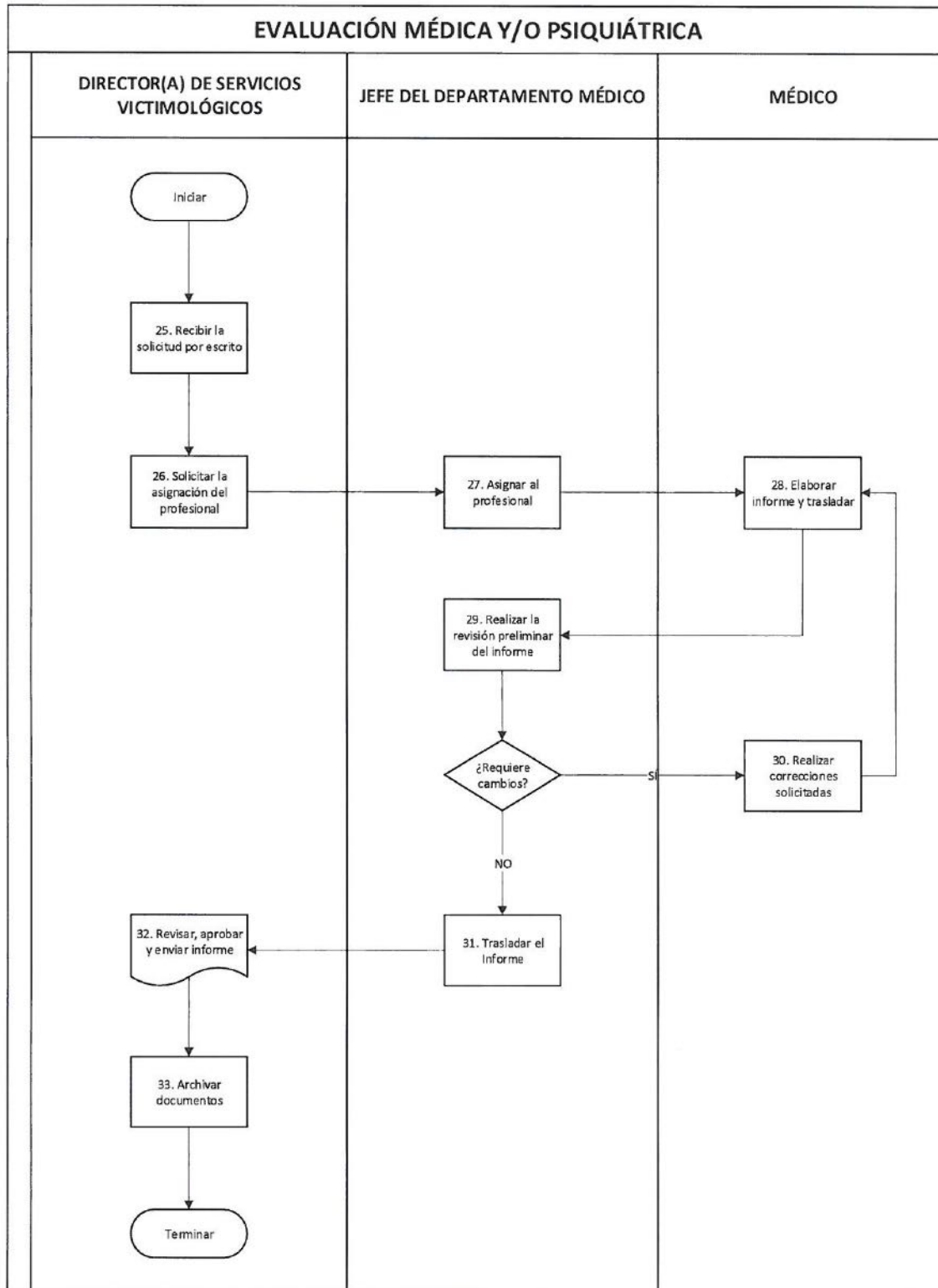
Necesidades jurídicas generales y/o específicas de la participación (Tomas):

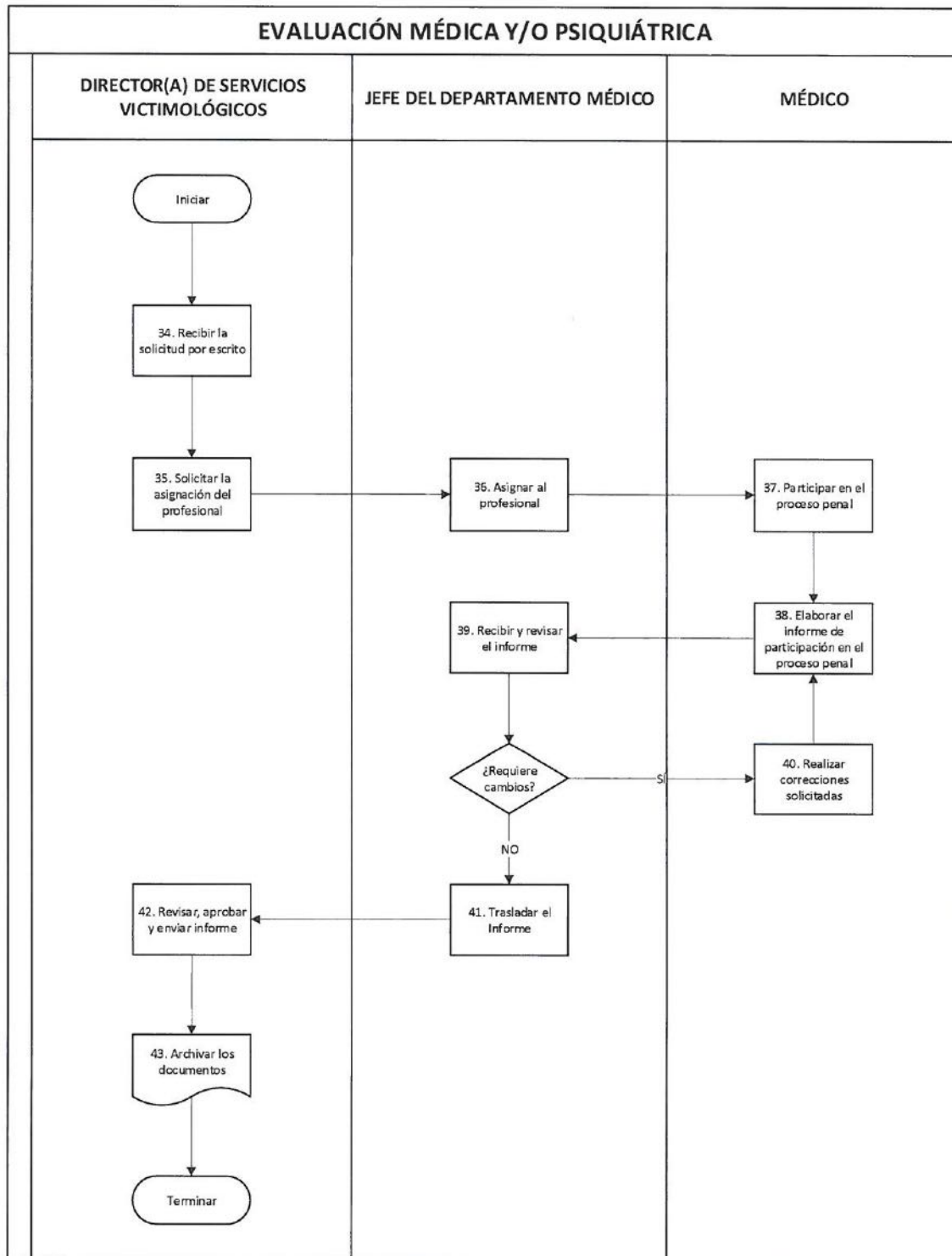
FLUJOGRAMA














PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN SOCIAL

DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS

VERSIÓN 2

GUATEMALA, FEBRERO 2022

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 98 DE 127


Vigencia: 15/02/2022	Código: DTS-PRO-1	Elaboración: 28/09/2021
-----------------------------	--------------------------	--------------------------------

Ámbito de Aplicación:

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS DEL INSTITUTO PARA
LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO**

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN SOCIAL

Etapas	Nombre y cargo	Firma
Elaborado por:	Licda. Joselin Analy Ostorga Castro Profesional Especializado II Departamento de Trabajo Social Dirección de Servicios Victimológicos	
	Licda. Thelma Azucena Vásquez Rodas Departamento de Trabajo Social Dirección de Servicios Victimológicos	
Diseñado y Estructurado por:	Londy Lucrecia Elias Ceseña Jefe III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional	
Revisado por:	Dra. Vilma Liceth Rojas Montejo Directora de Servicios Victimológicos	

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 99 DE 127

1. PROPÓSITO Y ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO


Coordinar y fomentar vías de comunicación eficaces de manera interna con otros profesionales de la Dirección de Servicios Victimológicos y de la Dirección de Asistencia Legal para generar planes integrales y acciones diferenciadas a favor de la víctima del delito, su protección y el debido acompañamiento durante la atención integral y en el proceso penal. También, tiene como objetivo coordinar y derivar a otras instituciones u organizaciones, para proveer a las víctimas del delito la asistencia y atención acorde a sus necesidades y realidades, fundamentando su actuar en la debida investigación social y evaluación de la víctima desde una mirada progresiva de los derechos humanos.

El presente procedimiento abarca a todas las sedes del Instituto de la Víctima donde se aplica el Modelo de Asistencia y Atención Integral del Instituto de la Víctima.


2. GLOSARIO

Para la correcta aplicación de lo dispuesto en el presente procedimiento se entiende por:

- a) **Estudio socioeconómico:** Es un proceso de investigación sistematizada para el conocimiento científico de problemas estructurales y coyunturales de carácter económico y social (Beteta, 2008).
- b) **Plan de intervención:** Se refiere a un conjunto de acciones organizadas y definidas con objetivos claros, metas a corto, mediano y largo plazo, con resultados alcanzables y medibles en el tiempo, centradas en las necesidades e intereses de las víctimas. El plan es desarrollado conjuntamente entre la víctima, su familia y un profesional de Trabajo Social.
- c) **Red Nacional de Derivación:** Es el conjunto de organizaciones multidisciplinarias, gubernamentales, no gubernamentales, organizaciones internacionales y personas individuales que prestan servicios a víctimas, realizan investigaciones victimológicas y criminológicas, promueven el desarrollo de modelos de atención integral a víctimas del delito y/o desarrollan actividades de asistencia social o de beneficencia pública y privada, vinculadas a la materia y que han firmado convenios de cooperación interinstitucional. (Artículo 30, Ley Orgánica del Instituto de la Víctima).
- d) **Atención interdisciplinaria:** Es la atención que involucra diversos servicios como psicología, atención médica, atención social y legal entre otros, donde cada profesional aporta sus conocimientos, experiencias, comparte información y en conjunto contribuyen a la protección, el acceso a la justicia y la recuperación digna de las víctimas de delitos. (Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables Perú, 2020).

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 100 DE 127


- e) **Dominio:** Un área de funcionamiento que es crítica para la recuperación integral de la víctima. El éxito en cada uno de los dominios contribuirá a la capacidad de una víctima de funcionar en la sociedad con baja vulnerabilidad a la revictimización.
- f) **Presión social negativa:** Influencia que alienta a un individuo a cambiar creencias o conductas que terminan directamente en resultados negativos (por ejemplo: presión para regresar a un lugar de explotación, presión para retirar una queja legal contra un perpetrador).

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 101 DE 127


3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABLES

El Procedimiento de Atención Social contiene las actividades, responsables y descripciones siguientes:

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
3.1 SEGUIMIENTO INTERNO Y EXTERNO		
1. Recepción de expediente	Trabajador(a) Social	Recibe expediente de la víctima registrado en el medio digital de la Dirección de Servicios Victimológicos.
2. Seguimiento	Trabajador(a) Social	Verifica mensualmente que la víctima esté recibiendo atención, de acuerdo con las necesidades registradas en la Evaluación Diagnóstica Inicial DTS-FOR-10 .
3. Registro de la información	Trabajador(a) Social	<p>Después del seguimiento, el profesional del área social consigna la información en la Ficha de Seguimiento a la Víctima DTS-FOR-13 y/o Ficha de Seguimiento Interno y/o Externo DTS-FOR-12.</p> <p>Nota 1: El profesional debe registrar el seguimiento en el formato digital correspondiente, según la cantidad de víctimas que le fueron asignadas.</p> <p>Nota 2: Si la víctima no está recibiendo la atención interna o externa y está interesada en recibir o continuar con la atención, se refiere a donde corresponda usando la Ficha de Referencia Interna para Niños, Niñas y/o Adolescentes DTS-FOR-4 o Ficha de Referencia Externa para Niños, Niñas y/o Adolescentes DTS-FOR-2. También, Ficha de Referencia Interna para Adultos DTS-FOR-5 o Ficha de Referencia Externa para Adultos DTS-FOR-3, según sea el caso.</p> <p>Nota 3: Si la víctima no está interesada en recibir o continuar con la atención, se procede a cerrar la misma con el Informe de Cierre de Caso DTS-FOR-14.</p>
3.2 SOLICITUDES DE INFORMES A REQUERIMIENTO		
4. Ingreso de solicitud	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe solicitud por escrito de Instituciones de Seguridad, Justicia o de abogados de la Dirección de Asistencia Legal.


	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 102 DE 127

			<p>Nota 4: En el caso de los abogados de la Dirección de Asistencia Legal, para la solicitud, se debe utilizar la Solicitud de Informe Social DTS-FOR-16 contenido en la Guía y Protocolo para la Solicitud y Elaboración de Estudios Socioeconómicos e Informes Sociales.</p>
5.	Solicitud de informe	Director(a) de Servicios Victimológicos	Solicita la elaboración del informe a la Jefatura del Departamento de Trabajo Social.
6.	Asignación del profesional	Jefatura del Departamento de Trabajo Social	Recibe la solicitud y asigna a través de oficio, al profesional que elaborará el informe, según plazo establecido en el requerimiento.
7.	Elaboración de Informe	Trabajador(a) Social	<p>Elabora el informe y lo traslada a la Jefatura del Departamento de Trabajo Social para su revisión.</p> <p>Nota 5: Si es necesario, realiza procesos de localización de las víctimas para establecer comunicación y se realiza un Informe de Atención, utilizando el Informe de Atención DTS-FOR-7 o Informe de Localización DTS-FOR-18, para dar a conocer la información recopilada.</p>
8.	Revisión preliminar de Informe	Jefatura del Departamento de Trabajo Social	<p>Recibe y revisa el informe.</p> <p>Si este informe requiere cambios, lo devuelve al Trabajador(a) Social para que los realice y sigue en la actividad 9.</p> <p>Si el informe cumple con los requisitos técnicos, continúa en la actividad 10.</p>
9.	Corrección de informe	Trabajador(a) Social	Realiza correcciones solicitadas y regresa a la actividad número 7.
10.	Traslado de Informe	Jefatura del Departamento de Trabajo Social	Recibe y traslada informe a la Dirección de Servicios Victimológicos por medio de oficio.
11.	Revisión, aprobación y envío de Informe	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe, revisa, aprueba y traslada el informe a donde fue solicitado.
12.	Archivo de documentos	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe el informe y procede a archivarlo en el expediente.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 103 DE 127

3.3 PARTICIPACIÓN EN PROCESO PENAL

13.	Ingreso de solicitud	Director(a) de Servicios Victimológicos	<p>Recibe solicitud por escrito de Instituciones de Seguridad, Justicia o de abogados de la Dirección de Asistencia Legal.</p> <p>Nota 6: En el caso de los abogados de la Dirección de Asistencia Legal, la solicitud se debe realizar a través del Formulario de Solicitud de Participación en el Proceso Penal DTS-FOR-17.</p>
14.	Solicitud de participación	Director(a) de Servicios Victimológicos	Solicita a la Jefatura del Departamento de Trabajo Social, la asignación del profesional.
15.	Asignación de profesional	Jefatura del Departamento de Trabajo Social	Recibe la solicitud y asigna a través de oficio al profesional que participará en el proceso penal.
16.	Participación en proceso penal	Trabajador(a) Social	Participa en el proceso penal y realiza las diligencias necesarias que coadyuven a la reparación digna.
17.	Elaboración de informe	Trabajador(a) Social	Elabora el Informe de Participación en el Proceso Penal y lo traslada a Jefatura del Departamento de Trabajo Social para su revisión.
18.	Revisión preliminar de Informe	Jefatura del Departamento de Trabajo Social	<p>Recibe y revisa el informe.</p> <p>Si este informe requiere cambios, lo devuelve a Trabajadora Social para que los realice y sigue en la actividad 18.</p> <p>Si el informe cumple con los requisitos técnicos, continúa en actividad 19.</p>
19.	Corrección de Informe	Trabajador(a) Social	Realiza correcciones solicitadas y regresa a la actividad número 16.
20.	Traslado de informe	Jefatura del Departamento de Trabajo Social	Recibe y traslada informe a la Dirección de Servicios Victimológicos por medio de oficio.
21.	Revisión, aprobación y envío de Informe	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe, revisa, aprueba y envía el informe a donde fue solicitado.
22.	Archivo de documentos	Director(a) de Servicios Victimológicos	Recibe informe y procede a archivarlo en expediente.


	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 104 DE 127

3.4 EVALUACIÓN FINAL DE IMPACTO

23.	Evaluación Final de Impacto	Trabajador(a) Social	Llena el Formulario de Evaluación Final de Impacto DTS-FOR-11 para evaluar el progreso de recuperación integral de la víctima.
------------	--	-------------------------	---

3.5 CIERRE DEL CASO

24.	Cierre del caso	Trabajador(a) Social	<p>Procede al cierre utilizando el Formato de Informe de Cierre de Caso DTS-FOR-14.</p> <p>Nota 7: El cierre se puede dar por la ejecución de la sentencia de reparación digna, así como por la renuncia a continuar con los servicios del Instituto o referencia a otras instituciones; previo visto bueno de Dirección de Servicios Victimológicos.</p> <p>De no proceder el cierre, se continúa atendiendo el caso. Finaliza el procedimiento.</p>
------------	----------------------------	-------------------------	---

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

4. DOCUMENTOS RELACIONADOS

4.1 Procedimientos

- 4.1.1 DAL-DISV-PRO-1 Procedimiento de Ingreso, Orientación y Admisión de Casos
- 4.1.2 DPS-PRO-1 Procedimiento de Psicología
- 4.1.3 DM-PRO-1 Procedimiento de Atención Médica y/o Psiquiátrica Urgente
- 4.1.4 DM-PRO-2 Procedimiento de Evaluación Médica y/o Psiquiátrica

4.2 Formularios, instructivos, guías y otros

- 4.2.1 Manual de Evaluación de la Víctima
- 4.2.2 Manual de Atención Informada del Trauma
- 4.2.3 Guía y Protocolo para la solicitud y elaboración de Estudios Socioeconómicos e Informes Sociales
- 4.2.4 Modelo de Asistencia y Atención Integral del Instituto de la Víctima -MAIVI-
- 4.2.5 DTS-FOR-1 Formulario de Estudio Socioeconómico
- 4.2.6 DTS-FOR-2 Ficha de Referencia Externa para Niños, Niñas y/o Adolescentes
- 4.2.7 DTS-FOR-3 Ficha de Referencia Externa para Adultos
- 4.2.8 DTS-FOR-4 Ficha de Referencia Interna para Niños, Niñas y/o Adolescentes
- 4.2.9 DTS-FOR-5 Ficha de Referencia Interna para Adultos
- 4.2.10 DTS-FOR-6 Formulario de Modelo de Citación
- 4.2.11 DTS-FOR-7 Informe de Atención
- 4.2.12 DTS-FOR-8 Informe Social con Fines Penales
- 4.2.13 DTS-FOR-9 Informe de Participación en el Proceso Penal
- 4.2.14 DTS-FOR-10 Formulario de Evaluación Diagnóstica Inicial
- 4.2.15 DTS-FOR-11 Formulario de Evaluación Final de Impacto
- 4.2.16 DTS-FOR-12 Ficha de Seguimiento Interno y/o Externo
- 4.2.17 DTS-FOR-13 Ficha de Seguimiento a la Víctima
- 4.2.18 DTS-FOR-14 Informe de Cierre de Caso
- 4.2.19 DTS-FOR-15 Informe Social sobre el Cumplimiento de la Reparación Digna de la Víctima
- 4.2.20 DTS-FOR-16 Formulario de Solicitud de Informe Social
- 4.2.21 DTS-FOR-17 Formulario de Solicitud de Participación en el Proceso Penal
- 4.2.22 DTS-FOR-18 Informe de Localización
- 4.2.23 DTS-MT-1 Matriz de Triangulación de Información y Creación de Referencias Bibliográficas

4.3 Documentos externos

No Aplica

5. ANEXOS

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</p> <p style="text-align: center;">LDI (GENERAL)</p> <p style="text-align: center;">Lugar y fecha: Número de expediente:</p> <p>IDENTIFICACION</p> <p>CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS</p> <p>ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>RECURSOS</p> <p>DEBILIDADES</p> <p>ASPECTOS POSITIVOS</p> <p>RECOMENDACIONES</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">EL ATENTADO</p> <p style="text-align: center;">II. HECHOS REFUNDI Y POR LA VÍCTIMA DENTRO DEL EFECTO DE LA DILIGENCIACIÓN PENAL Y AL MOMENTO DE LA DENUNCIATA</p> <p>HECHOS</p> <p>DAÑOS</p> <p>EFECTOS</p> <p>RECOMENDACIONES</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">III. DAÑOS AL PROYECTO DE VIDA</p> <p style="text-align: center;">IV. SITUACIÓN DE LA VÍCTIMA</p> <p>PROBLEMAS</p> <p>RECOMENDACIONES</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">V. DAÑOS MATERIALES Y DAÑOS QUE OCURRIÓ EL HECHO DELICTIVO</p> <p>DAÑOS MATERIALES</p> <p>DAÑOS QUE OCURRIÓ EL HECHO DELICTIVO</p> <p>RECOMENDACIONES</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">VI. SITUACIÓN ECONÓMICA</p> <p>Aportes de los integrantes en la familia</p> <p>Es necesario mencionar de haber:</p> <p>RECOMENDACIONES</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">VII. SITUACIÓN DE LA VÍCTIMA</p> <p>CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS</p> <p>ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>RECURSOS</p> <p>DEBILIDADES</p> <p>ASPECTOS POSITIVOS</p> <p>RECOMENDACIONES</p> </div>

FORMULARIO			
FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑO, NIÑA Y/O ADOLESCENTE			
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 2 DE 2

FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑO, NIÑA Y/O ADOLESCENTE

Lugar y fecha: _____
 Firmado de responsable: _____
 Tipo de trámite: _____
 Tipo de víctima: Directa Indirecta

I. DATOS GENERALES	
Nombre completo	
Edad	
Lugar y fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Documento Personal de Identificación	
Religión	
Sexo	
Escolaridad	
Categoría de riesgo	
Tipo de discapacidad	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Auditiva
¿La víctima recibe atención diferenciada y especializada?	SI NO ¿Otro? _____
Dirección completa de domicilio	
Números de teléfono	Celular: _____ Trabajo: _____ Casa: _____

FORMULARIO			
FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑO, NIÑA Y/O ADOLESCENTE			
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 2 DE 2


II. DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE	
Nombre	
Edad	
Lugar y fecha de nacimiento	
Documento Personal de Identificación	
Sexo	
Dirección de domicilio	
Religión	
Clasificación de riesgo	
Números de teléfono	Celular: _____ Trabajo: _____ Casa: _____
Parentesco o relación con el NNA o con persona que acompaña	

III. INSTITUCIÓN A DONDE SE REFIERE	
Nombre de la institución/organización	
Lugar a donde se refiere	
Dirección	
Requisitos que necesita	

El presente formulario es propiedad de la Dirección de Servicios Victimológicos y no puede ser reproducido sin el consentimiento expreso de la Dirección de Servicios Victimológicos.

Documentos requeridos: (DPI, certificación de nacimiento, denuncia etcétera): _____

FIRMADO DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO VICTIMOLÓGICO: _____

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 108 DE 127

FORMULARIO

FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS			
NÚMERO DE FICHA	IDENTIFICACIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	PÁGINA

FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTO

Lugar y fecha: _____
 Número de expediente: _____
 Tipo de delito: _____
 Tipo de víctima: Discada Indígena


I. DATOS GENERALES

Nombre completo			
Edad			
Lugar y fecha de nacimiento			
Estado civil			
Nacionalidad			
Documento Personal de Identificación			
Idioma			
Religión			
Sexo			
Escolaridad			
Ocupación			
Tipo de discapacidad	Ninguna	Física:	Intelectual:
	Visual	Lingüística	Auditiva
¿La persona recibe atención especializada y especializada?	SI	NO	¿CÓMO?
Dirección completa del domicilio			
Números de teléfono	Celular	Trabajo	Casa


II. INSTITUCIÓN A DONDE SE REFIERE


Nombre de la institución/organización	
Área a donde se refiere	
Dirección	
Atención que necesita	


Documentos sugeridos: (DPI, certificación de nacimiento, denuncia alictoria)


 FONDO DE ASesoría e Investigación Social

Tomar en cuenta: consultar los documentos de género

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">FORMULARIO</th> </tr> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">INSTRUMENTO</td> <td style="width: 25%;">VÍCTIMA</td> <td style="width: 25%;">NÚMERO DE FICHA</td> <td style="width: 25%;">FECHA DE EMISIÓN</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>15/02/2022</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑO, NIÑA S Y/O ADOLESCENTES</p> <p style="text-align: right;">Lugar y fecha: _____ Número de expediente: _____ Fecha de RR: _____ Tipo de víctima: <input type="checkbox"/> Suicida <input type="checkbox"/> Infractor <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">I. DATOS GENERALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Nombre completo</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Edad</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Lugar y fecha de nacimiento</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Estado civil</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Nacionalidad</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Documento Personal de Identificación</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Idioma</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Religión</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Sexo</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Educación</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Ocupación</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td>Tipo de discapacidad</td> <td>Miembro Visible</td> <td>Física</td> <td>Intelectual</td> </tr> <tr> <td>¿La persona recibe atención especializada y especializada?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>¿Otro?</td> </tr> <tr> <td>Dirección completa domicilio</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td>Números de teléfono</td> <td>Celular</td> <td>Fijo</td> <td>Casa</td> </tr> </tbody> </table>	FORMULARIO				FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES				INSTRUMENTO	VÍCTIMA	NÚMERO DE FICHA	FECHA DE EMISIÓN				15/02/2022	I. DATOS GENERALES				Nombre completo				Edad				Lugar y fecha de nacimiento				Estado civil				Nacionalidad				Documento Personal de Identificación				Idioma				Religión				Sexo				Educación				Ocupación				Tipo de discapacidad	Miembro Visible	Física	Intelectual	¿La persona recibe atención especializada y especializada?	SI	NO	¿Otro?	Dirección completa domicilio				Números de teléfono	Celular	Fijo	Casa
FORMULARIO																																																																																	
FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES																																																																																	
INSTRUMENTO	VÍCTIMA	NÚMERO DE FICHA	FECHA DE EMISIÓN																																																																														
			15/02/2022																																																																														
I. DATOS GENERALES																																																																																	
Nombre completo																																																																																	
Edad																																																																																	
Lugar y fecha de nacimiento																																																																																	
Estado civil																																																																																	
Nacionalidad																																																																																	
Documento Personal de Identificación																																																																																	
Idioma																																																																																	
Religión																																																																																	
Sexo																																																																																	
Educación																																																																																	
Ocupación																																																																																	
Tipo de discapacidad	Miembro Visible	Física	Intelectual																																																																														
¿La persona recibe atención especializada y especializada?	SI	NO	¿Otro?																																																																														
Dirección completa domicilio																																																																																	
Números de teléfono	Celular	Fijo	Casa																																																																														

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">FORMULARIO</th> </tr> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">INSTRUMENTO</td> <td style="width: 25%;">VÍCTIMA</td> <td style="width: 25%;">NÚMERO DE FICHA</td> <td style="width: 25%;">FECHA DE EMISIÓN</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">II. DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Nombre</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Edad</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Lugar y fecha de nacimiento</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Documento Personal de Identificación</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Sexo</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Dirección domicilio</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Educación</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Ocupación</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td>Número de teléfono</td> <td>Celular</td> <td>Fijo</td> <td>Casa</td> </tr> <tr> <td>Parentesco o relación con el niño o niña o persona que acompaña</td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">III. ÁREA DE ASISTENCIA Y ATRIBUCIÓN VICTIMOLÓGICA A LA QUE REFIERE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psicología</td> <td>Médica</td> </tr> <tr> <td>Legal</td> <td>Otro: (especificar)</td> </tr> </tbody> </table> <p>I. MOTIVO DE LA REFERENCIA INTERNA:</p> <p>II. ASISTENCIA Y ATENCIÓN ESPECÍFICA QUE REQUIERE LA VÍCTIMA:</p> <p>III. FECHA DE ENTREGA DE LA REFERENCIA INTERNA:</p> <p style="text-align: right;">F: _____ COORDINADOR GENERAL DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS</p>	FORMULARIO				FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES				INSTRUMENTO	VÍCTIMA	NÚMERO DE FICHA	FECHA DE EMISIÓN					II. DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE				Nombre				Edad				Lugar y fecha de nacimiento				Documento Personal de Identificación				Sexo				Dirección domicilio				Educación				Ocupación				Número de teléfono	Celular	Fijo	Casa	Parentesco o relación con el niño o niña o persona que acompaña				III. ÁREA DE ASISTENCIA Y ATRIBUCIÓN VICTIMOLÓGICA A LA QUE REFIERE		Psicología	Médica	Legal	Otro: (especificar)
FORMULARIO																																																																			
FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES																																																																			
INSTRUMENTO	VÍCTIMA	NÚMERO DE FICHA	FECHA DE EMISIÓN																																																																
II. DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE																																																																			
Nombre																																																																			
Edad																																																																			
Lugar y fecha de nacimiento																																																																			
Documento Personal de Identificación																																																																			
Sexo																																																																			
Dirección domicilio																																																																			
Educación																																																																			
Ocupación																																																																			
Número de teléfono	Celular	Fijo	Casa																																																																
Parentesco o relación con el niño o niña o persona que acompaña																																																																			
III. ÁREA DE ASISTENCIA Y ATRIBUCIÓN VICTIMOLÓGICA A LA QUE REFIERE																																																																			
Psicología	Médica																																																																		
Legal	Otro: (especificar)																																																																		

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 110 DE 127

FORMULARIO			
FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS			
NOMBRE DE LA VÍCTIMA	NÚMERO 1	FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO	PÁGINA 1 DE 2

FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS

Lugar y fecha: _____
 Número de expediente: _____
 Tipo de delito: _____
 Tipo de víctima: Suicida Infractor

I. DATOS GENERALES			
Nombre completo			
Edad			
Lugar y fecha de nacimiento			
Estado civil			
Nacionalidad			
Documento Personal de identificación			
Idioma			
Religión			
Sexo			
Estatus legal			
Ocupación			
Tipo de discapacidad		Ninguna	Física
		Psíquica	Intelectual
¿La persona tiene alterada su percepción y socializada?		SI	NO
Dirección correo electrónico			
Número de teléfono		Celular	Fijo
		Celular	Casa

FORMULARIO			
FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS			
NOMBRE DE LA VÍCTIMA	NÚMERO 1	FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO	PÁGINA 2 DE 2

II. ÁREA DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN VICTIMOLÓGICA A LA QUE REFIERE


Psicológica	Médica
Legal	Otra (especificar):

1. MOTIVOS DE LA REFERENCIA INTERNA:

4. ASISTENCIA Y ATENCIÓN ESPECÍFICA QUE REQUIERE LA VÍCTIMA:

5. FECHA DE ENTREGA DE LA REFERENCIA INTERNA:

IT: _____
 FRENTE DE ATENCIÓN VICTIMOLÓGICA
 SECCIÓN DE LEGAL

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

	FORMULARIO			
	MEDIOS DE CITACIÓN			
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 1	

MODELO DE CITACIÓN

EXPEDIENTE NO: _____

Lugar y fecha: _____
Número de expediente: _____

BrJ/Sra

Nombre de la persona
Estimado Señor/a:

Me dirijo a usted para informarle que el día hoy, me constituí a su casa de habitación ubicada en _____ al no poder localizarla, señalo se presente a las instalaciones del Instituto de la Víctima, ubicado en 3^{ra} Avenida, 16-31 zona 10 Ciudad de Guatemala, el día _____ donde puede preguntar por _____ con el objeto de efectuarle entrevista relacionada a denuncia presentada por usted en: _____ con fecha _____

Esperando contar con su presencia, me despido.


Por cualquier duda, llamar al teléfono (de la institución).


Atentamente,

() _____
FONATEL DEL PROFESIONAL
SELLO DEL PROFESIONAL

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">INFORME SOCIAL CON FINES FEMEALES</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: right;">Fol. N.º Acta: _____ Fol. N.º Informe: _____ LOGO FEMEALES</p> <p>Destinatario: FEMEALES</p> <p>Objetivo: DESCRIBIR LA SITUACIÓN SOCIAL DEL/AS VICTIMADO/S, INDICAR EL TIPO DE...</p> <p style="text-align: center;">II. DATOS BIENIALES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre completo:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Sexo:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Edad:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Estado civil:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Nacionalidad:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Forma de ingreso:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Forma de ingreso al país:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Profesión:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Religión:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Idioma:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Escolaridad:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Estado de salud:</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Fecha de ingreso:</td><td>_____</td></tr> </table>					INFORME SOCIAL CON FINES FEMEALES				Nombre completo:	_____	Sexo:	_____	Edad:	_____	Estado civil:	_____	Nacionalidad:	_____	Forma de ingreso:	_____	Forma de ingreso al país:	_____	Profesión:	_____	Religión:	_____	Idioma:	_____	Escolaridad:	_____	Estado de salud:	_____	Fecha de ingreso:	_____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">III. OBJETIVO DEL INFORME Y CONSENTIMIENTO INFORMADO</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">III. METODOS DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>Se usó la metodología de casos, basada en los sujetos, métodos, el momento de la recolección de datos, el modo de recolección, el control de calidad de datos, y el modo de análisis de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicar que se usó la metodología de casos para la recolección de datos y el análisis de los datos. - Indicar que se usó la metodología de casos para la recolección de datos y el análisis de los datos. <p style="text-align: center;">IV. ANTECEDENTES</p> <p>Historia de casos de violencia.</p> <p style="text-align: center;">V. METODOS REVISOR DE CASOS CON EL MEDIO VICTIMOLÓGICO</p> <p>Este es el caso de violencia de género que se presentó en el medio victimológico.</p>					III. OBJETIVO DEL INFORME Y CONSENTIMIENTO INFORMADO				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">VI. ANÁLISIS PSICOLOGICO DE LOS DATOS COMO EL MEDIO BIENIALES</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Participación por parte de la víctima</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Medio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">VI. SITUACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR</p> <p>Se usó el método de análisis de casos para el análisis de la situación del grupo familiar.</p> <p style="text-align: center;">VII. SITUACIÓN ECONOMICA</p> <p>Descripción de la situación económica de la víctima y del medio victimológico.</p>					VI. ANÁLISIS PSICOLOGICO DE LOS DATOS COMO EL MEDIO BIENIALES				Participación por parte de la víctima	Medio	_____	_____
INFORME SOCIAL CON FINES FEMEALES																																																								
Nombre completo:	_____																																																							
Sexo:	_____																																																							
Edad:	_____																																																							
Estado civil:	_____																																																							
Nacionalidad:	_____																																																							
Forma de ingreso:	_____																																																							
Forma de ingreso al país:	_____																																																							
Profesión:	_____																																																							
Religión:	_____																																																							
Idioma:	_____																																																							
Escolaridad:	_____																																																							
Estado de salud:	_____																																																							
Fecha de ingreso:	_____																																																							
III. OBJETIVO DEL INFORME Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																																																								
VI. ANÁLISIS PSICOLOGICO DE LOS DATOS COMO EL MEDIO BIENIALES																																																								
Participación por parte de la víctima	Medio																																																							
_____	_____																																																							

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">VIII. CONCLUSIONES</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> </div> <p>1. Sobre las características de la víctima y de su familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características de la víctima y de su familia. - Características de la víctima y de su familia. <p>2. Sobre la situación de la víctima:</p> <p>Se usó el método de análisis de casos para el análisis de la situación de la víctima.</p> <p>Se usó el método de análisis de casos para el análisis de la situación de la víctima.</p> <p>3. Sobre la situación económica de la víctima:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situación económica de la víctima. - Situación económica de la víctima. <p>Se usó el método de análisis de casos para el análisis de la situación económica de la víctima.</p>					VIII. CONCLUSIONES				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IX. RECOMENDACIONES</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> </div> <ul style="list-style-type: none"> - Recomendaciones de la víctima y de su familia. - Recomendaciones de la víctima y de su familia. <p>Se usó el método de análisis de casos para el análisis de las recomendaciones de la víctima y de su familia.</p> <p>Se usó el método de análisis de casos para el análisis de las recomendaciones de la víctima y de su familia.</p> <p style="text-align: center;">Firma: _____ Fecha: _____</p>					IX. RECOMENDACIONES			
VIII. CONCLUSIONES																	
IX. RECOMENDACIONES																	

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 114 DE 127

	FORMATO			
	INFORME DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO PENAL			
DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 1	

INFORME DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO PENAL

1. Información general:

No. de expediente:	Etapas del proceso:
Tipo de participación: Consultor Técnico <input type="checkbox"/>	Testigo Experto <input type="checkbox"/>
Otras:	
Lugar y fecha de la participación:	

2. Identificación de la Víctima

NOMBRE	EDAD


3. Breve descripción de la participación:

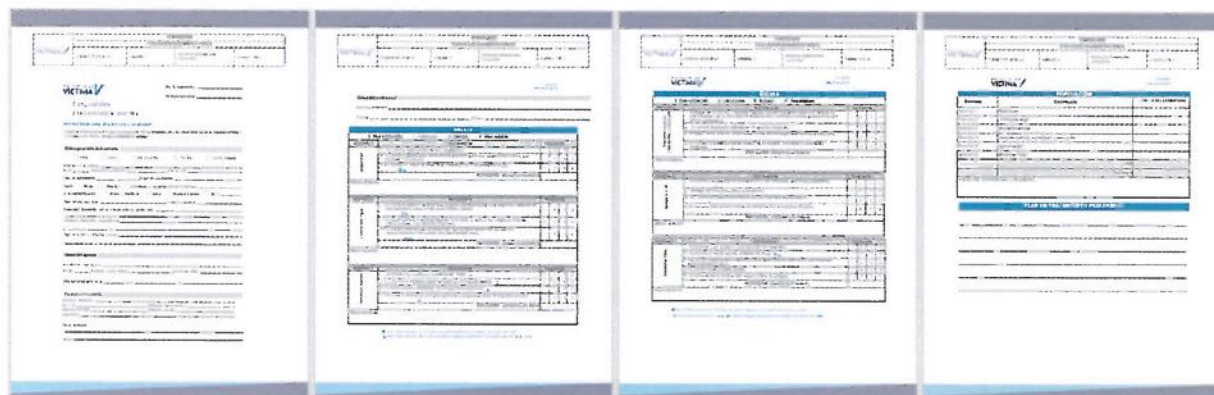
4. Resultados obtenidos:


5. Recomendaciones y/o seguimiento:

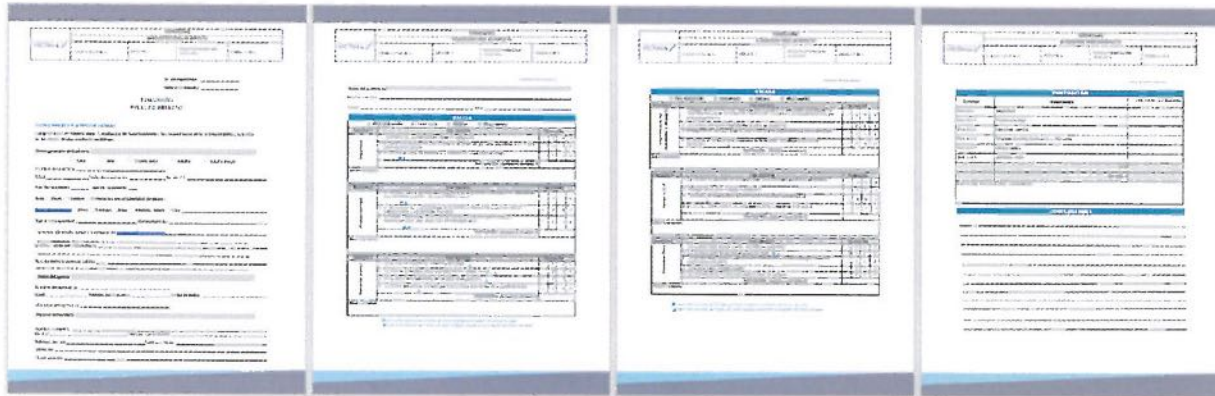
Lugar y fecha de elaboración de informe:


f) NOMBRE PROFESIONAL DE TRÁMITE LEGAL
SOLICITANTE

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 115 DE 127



	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 116 DE 127



	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
		PÁGINA: 117 DE 127	

<small>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</small>			
<small>DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS</small>			
<small>FORMULARIO</small>	<small>FORMA 1</small>	<small>FECHA DE APROBACIÓN</small>	<small>FORMA 1 DE 2</small>

FICHA DE SEGUIMIENTO IN TERMINO Y/O EXTERNO

Número interno (v) _____
 Otro (especificar) _____

Número de seguimiento _____
 Seguimiento: Interno Externo

Nombre de la víctima _____ VJ VC

Tipo de delito: _____

Lugar y fecha: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de finalización: _____

Necesidad

Psicológica: Ley Otro lugar (especificar) _____

Talotérica: Humano _____

Vital: Material _____

Nombre de la o el profesional que coordina la atención en el (v): _____

Tipo de atención que brinda:

Legal Médica Psicológica Híbrida o mixta Social

Cómo se brinda: _____

Nombre de la institución u organización que brinda la atención: _____

Tipo de atención que brinda:

Legal Médica Psicológica Híbrida o mixta Social

Cómo se brinda: _____

© Instituto de la Víctima
 Este formulario es propiedad del Instituto de la Víctima y no debe ser reproducido sin su consentimiento.

<small>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</small>			
<small>DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS</small>			
<small>FORMULARIO</small>	<small>FORMA 1</small>	<small>FECHA DE APROBACIÓN</small>	<small>FORMA 1 DE 2</small>

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA O EL PROFESIONAL SOBRE EL PLAN DE ATENCIÓN*


ESTADO DEL PROCESO DE ATENCIÓN

ACCIONES COORDINADAS CON LA O EL PROFESIONAL PARA EL AVANCE DEL PROCESO

OBSERVACIONES:

FIRMAS DE LA PROFESIONAL
 TRABAJADORA SOCIAL

* Este formulario debe ser llenado por el profesional que brinda la atención y debe ser entregado al Instituto de la Víctima.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
		PÁGINA: 118 DE 127	

<small>FORMULARIO</small>			
<small>FORMA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA</small>			
<small>FORMA DE SEGUIMIENTO</small>	<small>VERSIÓN: 2</small>	<small>FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022</small>	<small>PÁGINA: 1 DE 1</small>

FICHA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA

Número Interno IV: _____
Otro (especificar): _____

Número de seguimiento: _____ Lugar y fecha: _____
Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Modalidad:
 Presencial Telefónica Virtual En IV Otro lugar (especificar): _____

Nombre de la víctima: _____ VEX VC:
 Tipo de delito: _____

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL


ACCIONES REALIZADAS DE MANERA INMEDIATA

ACCIONES CONSENSUADAS CON LA PERSONA VÍCTIMA PARA EL SEGUIMIENTO POSTERIOR


OBSERVACIONES:


) _____
NOMBRE DE LA ASESORA
 TRABAJADORA SOCIAL

* Incluir nombre y apellido completo con número de identificación que figura en su identificación.

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 119 DE 127

<p style="text-align: center;">INFORME DE OÍRME DEL CASO</p> <p>I. Datos Generales</p> <p>NOMBRE:</p> <p>EDAD:</p> <p>TELÉFONO:</p> <p>DIRECCIÓN:</p> <p>TELÉFONO DE EMERGENCIAS:</p> <p>TELÉFONO DE CONTACTO:</p> <p>II. Motivo de la atención:</p> <p>III. Nombre de Cliente:</p> <p>IV. Fecha:</p>	<p style="text-align: center;">INFORME DE OÍRME DEL CASO</p> <p>Por ser víctima de violencia de género, la víctima se encuentra en situación de vulnerabilidad.</p> <p>La asistencia legal y psicológica se brindará de acuerdo a las necesidades de la víctima.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">INFORME DE OÍRME DEL CASO (RM)</p> <p>Quedando en:</p> <p>Por ser víctima de violencia de género, la víctima se encuentra en situación de vulnerabilidad.</p> <p>La asistencia legal y psicológica se brindará de acuerdo a las necesidades de la víctima.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	--

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
		PÁGINA: 121 DE 127	

	FORMULARIO		
	SOLICITUD DE INFORME SOCIAL		
CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 2

SOLICITUD DE INFORME SOCIAL

Nombre de quien solicita: _____

Fecha de solicitud: _____

Fecha en que se solicita entrega del informe: _____

Tipo de informe que solicita: _____

Objetivos del tipo de informe social solicitado: _____

DATOS DEL CASO

Número de Expediente IV u otro: _____


Nombre de la víctima: _____


Edad de la víctima: _____ Número de teléfono de la víctima: _____

Etapas procesal y fecha de audiencia: _____

Profesional de trabajo social a cargo: _____

Otras necesidades: _____

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
		PÁGINA: 122 DE 127	

	FORMULARIO		
	SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO PENAL		
	Código: DSV-MA-1	Versión: 2	Fecha de Aprobación: 15/02/2022

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO PENAL

Nombre de quien solicita: _____

Fecha de solicitud: _____

Profesional de trabajo social requerido: _____

Tipo de participación solicitada: _____

Fecha y hora en la que solicita la participación: _____

Lugar de la participación: _____

DATOS DEL CASO

Número de expediente: _____

Nombre de la víctima: _____


Edad de la víctima: _____


Número de teléfono de la víctima: _____

Etapas procesales: _____

Identificación de documentos relacionados a la participación (informes, ampliación de informes otros): _____

Necesidades jurídicas generales y/o específicas de la participación (Temas):

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
		PÁGINA: 123 DE 127	


	FORMULARIO		
	FORME DE LOCALIZACIÓN		
Código: DSV-MA-1	Versión: 2	Fecha de Aprobación: 15/02/2022	Página: 123 de 127

Lugar y fecha: _____

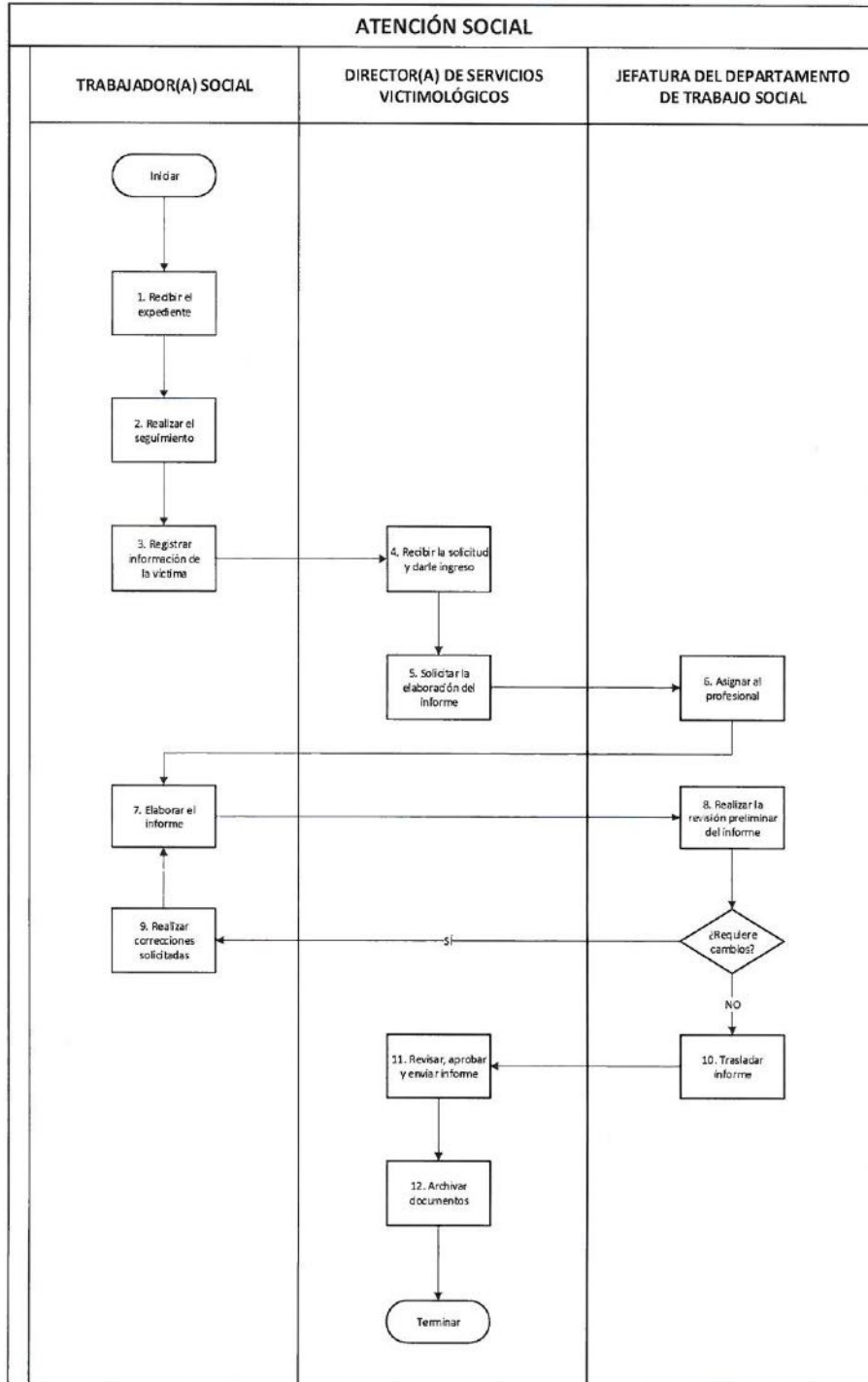
INFORME DE LOCALIZACIÓN

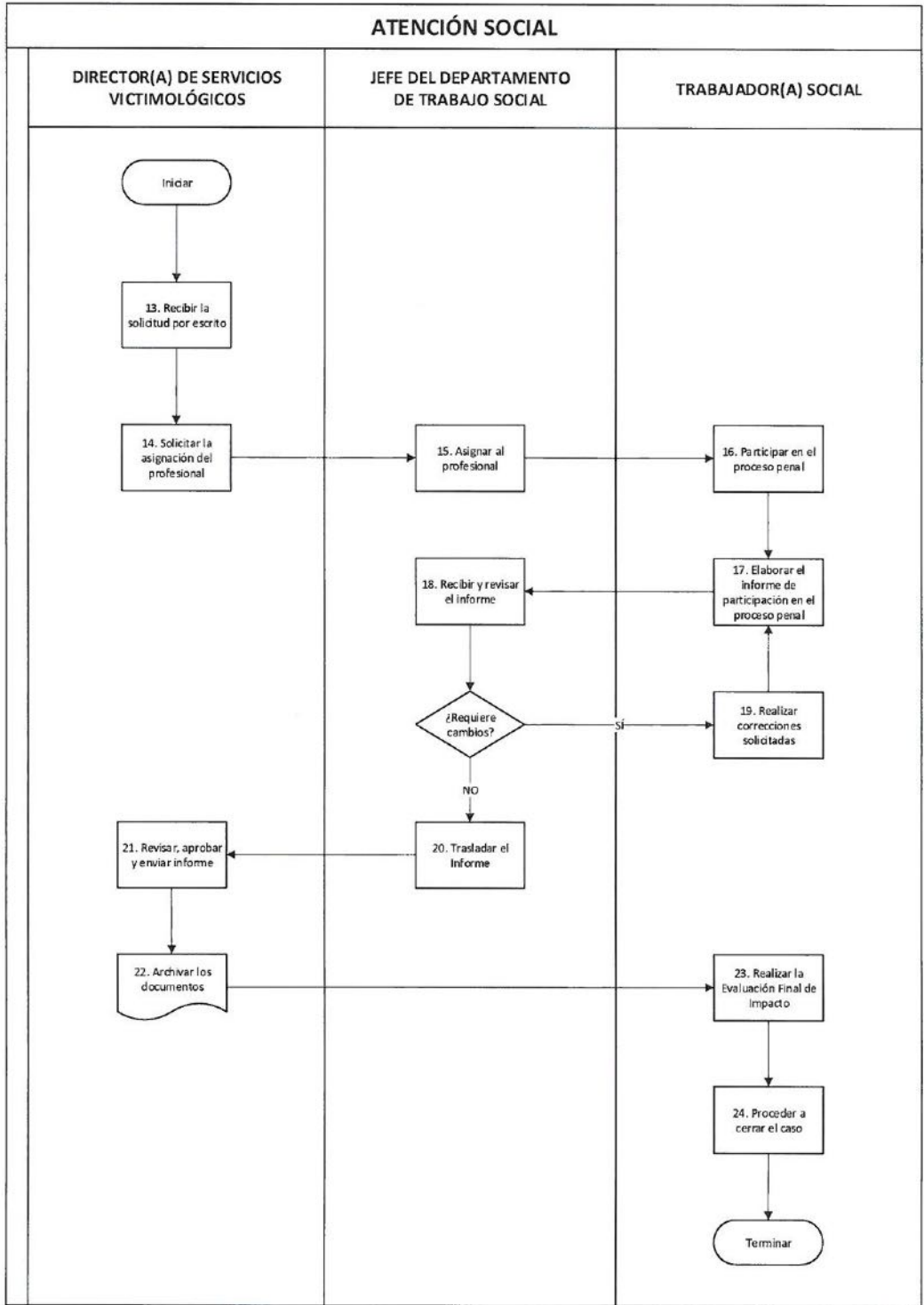
No. de expediente:	
Tipo de delito:	
Nombre de la víctima:	
Objetivo del informe:	
Descripción:	
Conclusión:	
Recomendaciones:	


F. _____
TRABAJADORA SOCIAL
SELLO DE LA INSTITUCIÓN

FORMULARIO					
MATRIZ PARA TRIANGULACIÓN DE INFORMACIÓN Y CREACIÓN DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS					
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 1	
MATRIZ PARA TRIANGULACIÓN DE INFORMACIÓN Y CREACIÓN DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS					
	Documentos, revistas, libros, otros	Autor	Ciudad y país de publicación	Fecha	Fundamento teórico
Datos de identificación de personas					
Características socioeconómicas de la víctima					
Nivel de vulnerabilidad y riesgo					
Conclusiones					
Las instituciones de la víctima, para quienes se aplica					
Instituciones que pueden brindar el servicio					
Recomendaciones					

FLUJOGRAMA





	MANUAL			
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 127 DE 127

CONTROL DE CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES

NO. DE VERSIÓN	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIPO DE CAMBIO	MOTIVO DEL CAMBIO	APARTADOS MODIFICADOS	PÁGINAS AFECTADAS
2	15/02/2022	Modificación del formato	Nuevo formato aprobado	Todos	Todas