

**INSTITUTO PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA**

**DEL DELITO**

**ACUERDO DG- GUION CINCUENTA Y SIETE GUION DOS MIL VEINTICUATRO  
(DG-57-2024)**

**GUATEMALA, DIECINUEVE DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL VEINTICUATRO**

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

**CONSIDERANDO**

Que según el Decreto Número 21-2016 del Congreso de la República de Guatemala y sus reformas, que contiene la Ley Orgánica del Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito, se creó el Instituto de la Víctima con la finalidad de brindar asistencia y atención a las víctimas del delito como ente rector de las políticas victimológicas a nivel nacional; asimismo establece que el Instituto posee personalidad jurídica, autonomía, patrimonio propio e independencia funcional y orgánica; además que se debe garantizar la atención integral a la víctima del delito y que el Instituto de la Víctima se regirá por lo establecido en la Ley 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; así como aprobar las normativas internas y 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.

*af*

CONSIDERANDO

Que mediante oficio identificado como DPDI-164-2024/LE/sb, del 04 de septiembre de 2024, el Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional del Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito entregó el Manual de Procedimientos de la Dirección de Servicios Victimológicos, el cual fue revisado, analizado y actualizado con el objetivo de identificar oportunidades de mejora para fortalecer los procesos y controles internos que coadyuvaran a cumplir el alcance de los objetivos institucionales, habiéndose modificado únicamente el procedimiento de Atención Social, por lo que es procedente emitir la disposición administrativa que apruebe los procedimientos que actualizan el Manual de Procedimientos de dicha Dependencia.

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 el Manual de Procedimientos de la Dirección de Servicios Victimológicos en su versión número cuatro (4), y los procedimientos que los conforman en las versiones tres (3) y cuatro (4), en la forma que se detalla a continuación:

DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS				
No.	Código de Procedimientos	Nombre del Procedimiento	Número de Versión	Número de Folios
1	DAL-DSV-PRO-1	Procedimiento de Orientación Legal – Victimológica y Admisión de Casos.	3	23
2	DPS-PRO-1	Procedimiento de Atención Psicológica	3	34
3	DM-PRO-1	Procedimiento de Atención Médica y/o Psiquiátrica Urgente	3	14
4	DM-PRO-2	Procedimiento de Evaluación Médica y/o Psiquiátrica	3	23
5	DTS-PRO-1	Procedimiento de Atención Social.	4	28



**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 de 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 por el Manual aprobado a través del presente Acuerdo, serán resueltos en su orden por el Director (a) de la Dirección de Servicios Victimológicos o por la Dirección General, según corresponda.

**Artículo 4. Derogatoria.** Se deroga el Manual de Procedimientos de la Dirección de Servicios Victimológicos en su versión tres (3), juntamente con los procedimientos que lo integran, aprobados mediante Acuerdo de la Dirección General del Instituto de la Víctima, número DG guion sesenta y dos guion dos mil veintitrés (DG-62-2023).

**Artículo 5. Divulgación.** Previo a la entrada en vigencia del presente Acuerdo, el Director (a) de la Dirección de Servicios Victimológicos deberá llevar a cabo la divulgación del manual y procedimientos aprobados por el presente, a través de los canales a su alcance.

**Artículo 6. Transitorio:** Los procedimientos en trámite que al momento de entrar en vigencia el presente acuerdo, se estén realizando conforme las disposiciones anteriores, se continuarán realizando conforme la normativa derogada, hasta su finalización.

**Artículo 7. Vigencia.** El presente Acuerdo entra en vigencia a partir del treinta de septiembre de dos mil veinticuatro.

**NOTIFÍQUESE.**

  
  
M.Sc. Olga del Rosario Alfaro Pineda  
Encargada del Despacho de la  
Dirección General



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

**APROBADO MEDIANTE ACUERDO**


**DG-57-2024**

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS**

**VERSIÓN 4**

**GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2024**



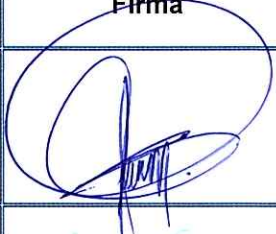


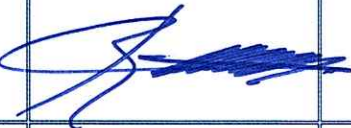

	<b>MANUAL</b>		
	<b>PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS</b>		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
Página 2 de 7			


<b>Vigencia:</b> 30/09/2024	<b>Código:</b> DSV-MA-1	<b>Elaboración:</b> 15/08/2024
-----------------------------	-------------------------	--------------------------------

**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**


<b>Etapas</b>	<b>Nombre y cargo</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
<b>Elaborado por:</b>	Mgtr. Claudia Lucia Pinzón Castillo Director (a) de Servicios Victimológicos en Funciones		15/08/2024
<b>Diseñado y Estructurado por:</b>	Londy Lucrecia Elias Ceseña Jefe III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional		30/08/2024
	Inga. Silvia Eugenia Barillas Donis Profesional Especializado III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional		30/08/2024
<b>Revisado por:</b>	Lic. Rodrigo Dionisio Alvarado Palma Secretario General en Funciones		06/09/2024
<b>Aprobado por:</b>	Licda. Olga del Rosario Alfaro Pineda Encargada del Despacho de Dirección General		19/09/2024

	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 3 de 7

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	4
OBJETIVOS .....	5
LISTADO DE PROCEDIMIENTOS QUE CONFORMAN EL MANUAL .....	6
CONTROL DE CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES .....	7



	MANUAL		
	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 4 de 7


## 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: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 5 de 7

## OBJETIVOS


### General

Establecer y detallar los procedimientos para que la Dirección de Servicios Victimológicos 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.



	<b>MANUAL</b>			
	<b>PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS</b>			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 6 de 7

## LISTADO DE PROCEDIMIENTOS QUE CONFORMAN EL MANUAL

No.	Código de Procedimiento	Nombre del Procedimiento	Número de Versión	Número de folios
1	DAL-DSV-PRO-1	Procedimiento de Orientación Legal - Victimológica y Admisión De Casos	3	23
2	DPS-PRO-1	Procedimiento de Atención Psicológica	3	34
3	DM-PRO-1	Procedimiento de Atención Médica y/o Psiquiátrica Urgente	3	14
4	DM-PRO-2	Procedimiento de Evaluación Médica y/o Psiquiátrica	3	23
5	DTS-PRO-1	Procedimiento de Atención Social	4	28

	<b>MANUAL</b>			
	<b>PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS</b>			
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 7 de 7

## CONTROL DE CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES

NO. DE VERSIÓN	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIPO DE CAMBIO	MOTIVO DEL CAMBIO	APARTADOS MODIFICADOS	PÁGINAS AFECTADAS
3	08/09/2023	Mayor	Atender nuevos lineamientos de administración documental y aprobación de manual de procedimientos.	Carátula, cuadro de aprobación, índice, se agrego apartado de listado de procedimientos que conforman el manual	1- 3, y 6-7
4	19/09/2024	Mayor	Por actualización de procedimiento de Atención Social	Carátula, Cuadro de Aprobación, Objetivos, Listado de Procedimientos que conforman el Manual, Control de Cambios y Actualizaciones.	1,2,5,6 y 7







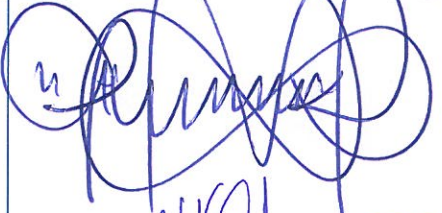

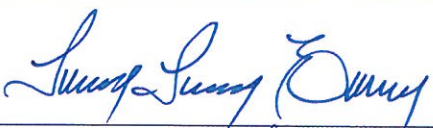
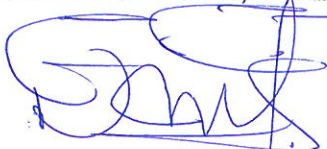

**PROCEDIMIENTO DE  
ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE  
CASOS**

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


**VERSIÓN 3**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2023

	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
Página 2 de 23			

Vigencia: 22/09/2023	Código: DAL-DSV-PRO-1	Elaboración: 25/08/2023
<b>Ámbito de Aplicación:</b>  <b>DIRECCIÓN DE ASISTENCIA LEGAL Y DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS DEL INSTITUTO PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO</b>		
<b>PROCEDIMIENTO DE ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
<b>Etapas</b>	<b>Nombre y cargo</b>	<b>Firma</b>
<b>Elaborado por:</b>	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  Licda. Joselin Analy Ostorga Castro Jefa del Departamento Trabajo Social Dirección de Servicios Victimológicos	  
<b>Diseñado y Estructurado por:</b>	Londy Lucrecia Elias Ceseña Jefe III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional	
<b>Revisado y Aprobado por:</b>	Lic. Rodolfo Fidel Díaz Tello Director de Asistencia Legal  Lic. David Antonio Monterroso Fuentes Director de Servicios Victimológicos	 



	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 3 de 23

## 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 permitan 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) **Asistencia legal:** Es el acompañamiento legal que se brinda a la víctima del delito que desee constituirse como querellante adhesivo en todo el proceso penal, ejerciendo un litigio estratégico diferenciado y especializado para lograr justicia mediante una sentencia condenatoria, ejerciendo las acciones necesarias para lograr una reparación digna a la que tiene derecho.
- c) **Control de Convencionalidad:** Doctrina elaborada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que consiste en una herramienta que posibilita a los estados signatarios de la Convención Americana sobre Derechos Humanos concretar la obligación de garantía de los derechos humanos en el ámbito interno, mediante un contraste o verificación de conformidad, tanto de la normativa interna como de las prácticas nacionales, frente a la Convención y Jurisprudencia emanada de la Corte referidas anteriormente.
- d) **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.
- e) **Derecho de acceso a la Justicia:** Este derecho refiere que los estados tengan una política articulada, integral y sostenible de acceso a la justicia que tome en cuenta sus diferencias e identidad cultural, eliminando todo tipo de práctica discriminatoria, que brinde procedimientos judiciales y administrativos, que consideren las necesidades de las víctimas del delito.
- f) **Impugnaciones:** La facultad de recurrir es un derecho que le asiste a quienes tengan interés directo en el asunto objeto de la controversia, con el fin de obtener una revisión de la resolución que se considere que contiene vicios o errores que perjudique a cualquiera de los sujetos procesales.



	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 4 de 23

- g) **Litigio Estratégico:** Es la formulación de la teoría del caso, que consiste en el análisis e integración de los medios de investigación y/o prueba, relacionados con el tipo penal y la plataforma fáctica, a través de la cual se presentará el caso ante los tribunales de justicia penal.
- h) **Medidas desjudicializadoras:** Son mecanismos sustitutivos del conflicto penal aplicables a determinados tipos penales, cuya finalidad radica en tramitar el proceso penal de forma rápida, eficaz y sin mayor dilación.
- i) **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.
- j) **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.
- k) **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.
- l) **Teoría del Caso:** Es la tesis sustentada por el abogado, creada con base en los elementos fácticos jurídicos y probatorios, con la que pretende convencer al juez.
- m) **Tutela Judicial Efectiva:** Comprende la posibilidad de reclamar ante los órganos jurisdiccionales la apertura de un proceso sin obstáculos procesales, obteniendo una sentencia de fondo motivada y fundada en un tiempo razonable, garantizando la ejecutoriedad del fallo.
- n) **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.


	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
Página 5 de 23			

## 1. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABLES

El Procedimiento de Orientación Legal – Victimológica y Admisión de Casos contiene las actividades, responsables y descripciones siguientes:


ACTIVIDADES	RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
<b>3.1 ORIENTACIÓN A USUARIOS Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
<b>1. Registro de los datos del usuario</b>	Persona designada que registra información	<p>Registra los datos del usuario y llama al Abogado (a) y Trabajador (a) Social o Personal de turno.</p> <p><b>Nota 1:</b> Si el usuario presenta un estado emocional, de salud inestable o necesidad de atención diferenciada que amerite recibir atención inmediata, coordina para que se le brinde el servicio que corresponda.</p>
<b>2. Ingreso a Sede o Subsede</b>	Abogado (a) / Trabajador (a) Social / Personal de Turno	Realiza el ingreso del usuario a los servicios que presta el Instituto de la Víctima en la Sede o Subsede a la que se presente para ser atendido.
<b>3. Orientación Legal Victimológica</b>	Abogado (a) / Trabajador (a) Social / Personal de Turno	<p>A través de la atención integral brindan orientación al usuario 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>
<b>4. Identificación de la necesidad y no admisibilidad</b>	Abogado (a) / Trabajador (a) Social	<p>Identifican la necesidad, brindan orientación legal victimológica y se deriva cuando corresponda utilizando la Ficha de Referencia Externa.</p> <p>Registra información en el Formulario <b>DAL-DSV-FOR-4 Ficha de Orientación y No Admisibilidad</b>.</p> <p><b>Nota 2:</b> De ser necesario en cualquier momento, se le brinda orientación legal y atención médica y/o psicológica por una única vez. Finaliza el procedimiento.</p> <p><b>Nota 3:</b> Si es niña, niño o adolescente se utiliza la <b>Ficha de Referencia Externa para Niños, Niñas y/o Adolescentes DTS-FOR-2</b>, o si es un adulto se utiliza</p>




	PROCEDIMIENTO			
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLOGÍA Y ADMISIÓN DE CASOS			
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 6 de 23

			la <b>Ficha de Referencia Externa para Adultos DTS-FOR-3</b> .
5.	<b>Verificación de denuncia</b>	Abogado (a) / Trabajador (a) Social	<p>Asesoran y se le refiere al Ministerio Público para que una vez presentada la denuncia, regrese al Instituto de la Víctima para continuar con el procedimiento que corresponda.</p> <p><b>Nota 4:</b> Cuando proceda, podrá presentarse la denuncia vía electrónica en aquellos casos donde la denuncia no requiera diligencias urgentes y se continúa con el procedimiento.</p>
6.	<b>Admisibilidad del caso</b>	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 <b>Consentimiento Informado de Aceptación de los Servicios que brinda el Instituto de la Víctima para Adultos que actúen en Representación Legal de Niños, Niñas, Adolescentes DAL-DSV-FOR-1</b> y en caso de adultos firma el <b>Consentimiento Informado de Aceptación de los Servicios para Adultos que brinda el Instituto de la Víctima DAL-DSV-FOR-2</b>.</p> <p>Ingresan la admisibilidad 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><b>Nota 5:</b> En caso de niños, niñas, adolescentes o personas adultas que necesiten representante legal, se requerirá la autorización de este.</p> <p><b>Nota 6:</b> 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>



	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
Página 7 de 23			

7.	<b>Información sobre la reparación digna y mecanismos judiciales</b>	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 <b>Ficha Única de Registro de la Víctima DAL-DSV-FOR-3</b> y <b>Formulario para Primer Contacto DAL-FOR-1</b> .
8.	<b>Asignación de tipificación provisional</b>	Abogado (a) / Trabajador (a) Social	De lo informado por la víctima, se tipifica de forma provisional el delito en el sistema informático.
9.	<b>Identificación de riesgo</b>	Abogado (a) / Trabajador (a) Social	Identifican el nivel de riesgo que pueda presentar la víctima a través de la <b>Evaluación Diagnóstica Inicial DTS-FOR-10</b> para que se tomen las medidas necesarias y urgentes que permitan el resguardo y protección de la víctima del delito.
10.	<b>Identificación de diligencias urgentes</b>	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.	<b>Conformación de expediente</b>	Abogado (a) /	Con el Consentimiento Informado, el registro en el sistema informático y documentos que proporciona la víctima, se conforma el expediente.
12.	<b>Traslado de expediente</b>	Abogado (a)	Traslada el expediente a la Dirección de Asistencia Legal para su asignación.
13.	<b>Derivación y seguimiento interno</b>	Trabajador (a) Social	Realiza las derivaciones y seguimientos internos y/o externos correspondientes y registra la información del expediente en el sistema informático para su asignación.  Finaliza el procedimiento.

	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 8 de 23

#### 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 DAL-DSV-FOR-3 Ficha Única de Registro de la Víctima
- 4.2.9 DAL-FOR-1 Formulario para Primer Contacto  
DAL-DSV-FOR-1 Consentimiento Informado de Aceptación de los Servicios que brinda el Instituto de la Víctima para Adultos que actúen en Representación Legal de Niños, Niñas, Adolescentes
- 4.2.10 DAL-DSV-FOR-2 Consentimiento Informado de Aceptación de los Servicios para Adultos que brinda el Instituto de la Víctima
- 4.2.11 DTS-FOR-2 Ficha de Referencia Externa para Niños, Niñas y/o Adolescentes
- 4.2.12 DTS-FOR-3 Ficha de Referencia Externa para Adultos
- 4.2.13 DTS-FOR-10 Evaluación Diagnóstica Inicial
- 4.2.14 DAL-DSV-FOR-4 Ficha de Orientación y No Admisibilidad
- 4.2.15 Protocolo de Medios de Investigación

##### 4.3 Documentos externos


N/A


	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 9 de 23

## 5. ANEXOS

	FORMULARIO		
	PRIMER CONTACTO		
CÓDIGO: DAL-PRO-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 1





### FORMULARIO PARA PRIMER CONTACTO

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del usuario (a): \_\_\_\_\_

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_

1- ¿Qué es lo que mejor le del Sistema de Justicia en Guatemala y que es lo que no desea que suceda?

2- ¿Qué es lo que desea como Reparación Digna?

**¿QUÉ ES LA REPARACIÓN DIGNA?**

LA REPARACIÓN DIGNA CONSIGUE QUE LA VÍCTIMA COMPRENDA LA RESTAURACIÓN DEL DERECHO AFECTADO POR EL HECHO DELICTIVO, QUE DEBE DESEAR RECUPERAR A LA VÍCTIMA COMO PERSONA SIN TODAS SUS CIRCUNSTANCIAS, QUE DEBE DESEAR QUE SEAN REPARADOS LOS DAÑOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS, MATERIALES Y MORALES, ASÍ COMO LA REPARACIÓN SOCIAL A FIN DE EVITAR QUE SEAN VÍCTIMAS DE NUEVO. EN LA MEDIDA QUE TAL REPARACIÓN SEA MUY COMPLETA, EN SU CASO, LA REPARACIÓN DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DERIVADOS DE LA COMISIÓN DEL DELITO.

**¿QUÉ MEDIDAS DE REPARACIÓN DIGNA EXISTEN?**

LA REPARACIÓN DIGNA COMPRENDE MEDIDAS DE RESTITUCIÓN, REHABILITACIÓN, COMPENSACIÓN, SATISFACCIÓN Y MEDIDAS DE NO REPETICIÓN.

**01**

**RESTITUCIÓN**

SIGNIFICAN QUE A LAS VÍCTIMAS DE UN DELITO SE LES DEBE DEVOLVER, EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, NIVEL ECONÓMICO QUE SE LES AFECTÓ O VIOLENTO.

**02**

**REHABILITACIÓN**

ESTAS MEDIDAS ESTABLECEN QUE LAS VÍCTIMAS DE DELITOS PUEDEN TENER ATENCIÓN PSICOLÓGICA, MÉDICA Y ACCEDER A SERVICIOS SOCIALES.

**03**

**COMPENSACIÓN**

SE REFIEREN A QUE LAS VÍCTIMAS DE DELITOS PUEDAN SER INDENIZADAS ECONÓMICAMENTE POR EL DAÑO FÍSICO O MENTAL QUE HUBIERON SUFRIDO, POR LA PÉRDIDA DE BIENES, DEL SALARIO O EL ACCESO A LA EDUCACIÓN, POR PERJUICIOS MORALES O BIEN POR LOS GASTOS EN LOS QUE HAN INCURRIDO POR MEDICAMENTOS, ASISTENCIA DE EXPERTOS, TRANSPORTE Y HOSPEDAJE DURANTE EL PROCESO PENAL.

**04**

**SATISFACCIÓN**

SIGNIFICAN QUE LAS VÍCTIMAS DE DELITOS, A TRAVÉS DE FORMAS DE REVOLUCIÓN Y RESTITUCIÓN DE MATERIALES QUE SEAN DEL AGRAVADO Y DAÑO DE LA VÍCTIMA, PUEDAN SENTIR A TRAVÉS DE ESTAS UNA PLENA SATISFACCIÓN, POR EJEMPLO, MEDIANTE DISCULPAS PÚBLICAS O SANCIONES ADMINISTRATIVAS Y JUDICIALES.

**05**


**NO REPETICIÓN**

ESTAS MEDIDAS IMPLICAN ANALIZAR EL ASPECTO QUE CAUSÓ QUE LAS PERSONAS SEAN VÍCTIMAS DE UN DELITO Y LUEGO SE DEBEN TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR QUE ESTA SITUACIÓN VUELVA A OCURRIR, CAMBIANDO LAS CAUSAS Y LOS CONTEXTO QUE SITUAN A LAS PERSONAS EN UNA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.







	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLOGÍA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 12 de 23


			
FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA PARA ASESORES QUE ACTÚAN EN INTERVENCIÓN LEGAL DE NIÑOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES			
CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 12 de 23

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
DAL-DSV-PRO-1 CONSENTIMIENTO INFORMATO

El presente documento tiene como finalidad informar a los asesores que actúan en intervención legal de niños, niñas y adolescentes sobre los servicios que brinda el Instituto de la Víctima para asesores que actúan en intervención legal de niños, niñas y adolescentes.

El Instituto de la Víctima brinda servicios de asesoría legal a asesores que actúan en intervención legal de niños, niñas y adolescentes, los cuales son:

- Asesoría legal en materia de derechos humanos.
- Asesoría legal en materia de derechos civiles y políticos.
- Asesoría legal en materia de derechos económicos, sociales y culturales.
- Asesoría legal en materia de derechos de la mujer.
- Asesoría legal en materia de derechos de la infancia.
- Asesoría legal en materia de derechos de la adolescencia.
- Asesoría legal en materia de derechos de la vejez.
- Asesoría legal en materia de derechos de la discapacidad.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población indígena.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población afrodescendiente.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población LGBTIQ+.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población migrante.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población refugiada.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población desplazada.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de violencia.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de corrupción.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de terrorismo.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de crimen organizado.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de fraude.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de robo.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de hurto.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de incendio.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de tránsito.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de trabajo.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de navegación.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de aviación.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de ferrocarril.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte público.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte privado.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte marítimo.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte aéreo.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte terrestre.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte acuático.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte multimodal.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte internacional.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte nacional.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte local.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte regional.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte nacional e internacional.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte terrestre, acuático, aéreo, multimodal, nacional e internacional.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte terrestre, acuático, aéreo, multimodal, nacional e internacional, en el ámbito de la intervención legal de niños, niñas y adolescentes.

			
FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA PARA ASESORES QUE ACTÚAN EN INTERVENCIÓN LEGAL DE NIÑOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES			
CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 12 de 23

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
DAL-DSV-PRO-1 CONSENTIMIENTO INFORMATO


El presente documento tiene como finalidad informar a los asesores que actúan en intervención legal de niños, niñas y adolescentes sobre los servicios que brinda el Instituto de la Víctima para asesores que actúan en intervención legal de niños, niñas y adolescentes.



El Instituto de la Víctima brinda servicios de asesoría legal a asesores que actúan en intervención legal de niños, niñas y adolescentes, los cuales son:



- Asesoría legal en materia de derechos humanos.
- Asesoría legal en materia de derechos civiles y políticos.
- Asesoría legal en materia de derechos económicos, sociales y culturales.
- Asesoría legal en materia de derechos de la mujer.
- Asesoría legal en materia de derechos de la infancia.
- Asesoría legal en materia de derechos de la adolescencia.
- Asesoría legal en materia de derechos de la vejez.
- Asesoría legal en materia de derechos de la discapacidad.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población indígena.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población afrodescendiente.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población LGBTIQ+.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población migrante.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población refugiada.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población desplazada.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de violencia.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de corrupción.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de terrorismo.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de crimen organizado.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de fraude.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de robo.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de hurto.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de incendio.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de tránsito.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de trabajo.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de navegación.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de aviación.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de ferrocarril.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte público.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte privado.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte marítimo.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte aéreo.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte terrestre.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte acuático.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte multimodal.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte internacional.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte nacional.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte local.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte regional.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte nacional e internacional.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte terrestre, acuático, aéreo, multimodal, nacional e internacional.
- Asesoría legal en materia de derechos de la población víctima de accidente de transporte terrestre, acuático, aéreo, multimodal, nacional e internacional, en el ámbito de la intervención legal de niños, niñas y adolescentes.



[illegible]

	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 14 de 23

<div>  </div>			
<div> <div>COMPROBANTE DE ENTREGA DE INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</div> <div> <div>CÓDIGO DAL-DSV-PRO-1</div> <div>VERSIÓN: 3</div> <div>FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023</div> <div>Página 14 de 23</div> </div> </div>			
<div> <div>  </div> <div> <div> <div>COMPROBANTE DE ENTREGA DE INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</div> <div> <div>CÓDIGO DAL-DSV-PRO-1</div> <div>VERSIÓN: 3</div> <div>FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023</div> <div>Página 14 de 23</div> </div> </div> </div> </div>			

<div>  </div>			
<div> <div>COMPROBANTE DE ENTREGA DE INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</div> <div> <div>CÓDIGO DAL-DSV-PRO-1</div> <div>VERSIÓN: 3</div> <div>FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023</div> <div>Página 14 de 23</div> </div> </div>			
<div> <div>  </div> <div> <div> <div>COMPROBANTE DE ENTREGA DE INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</div> <div> <div>CÓDIGO DAL-DSV-PRO-1</div> <div>VERSIÓN: 3</div> <div>FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023</div> <div>Página 14 de 23</div> </div> </div> </div> </div>			



[illegible]










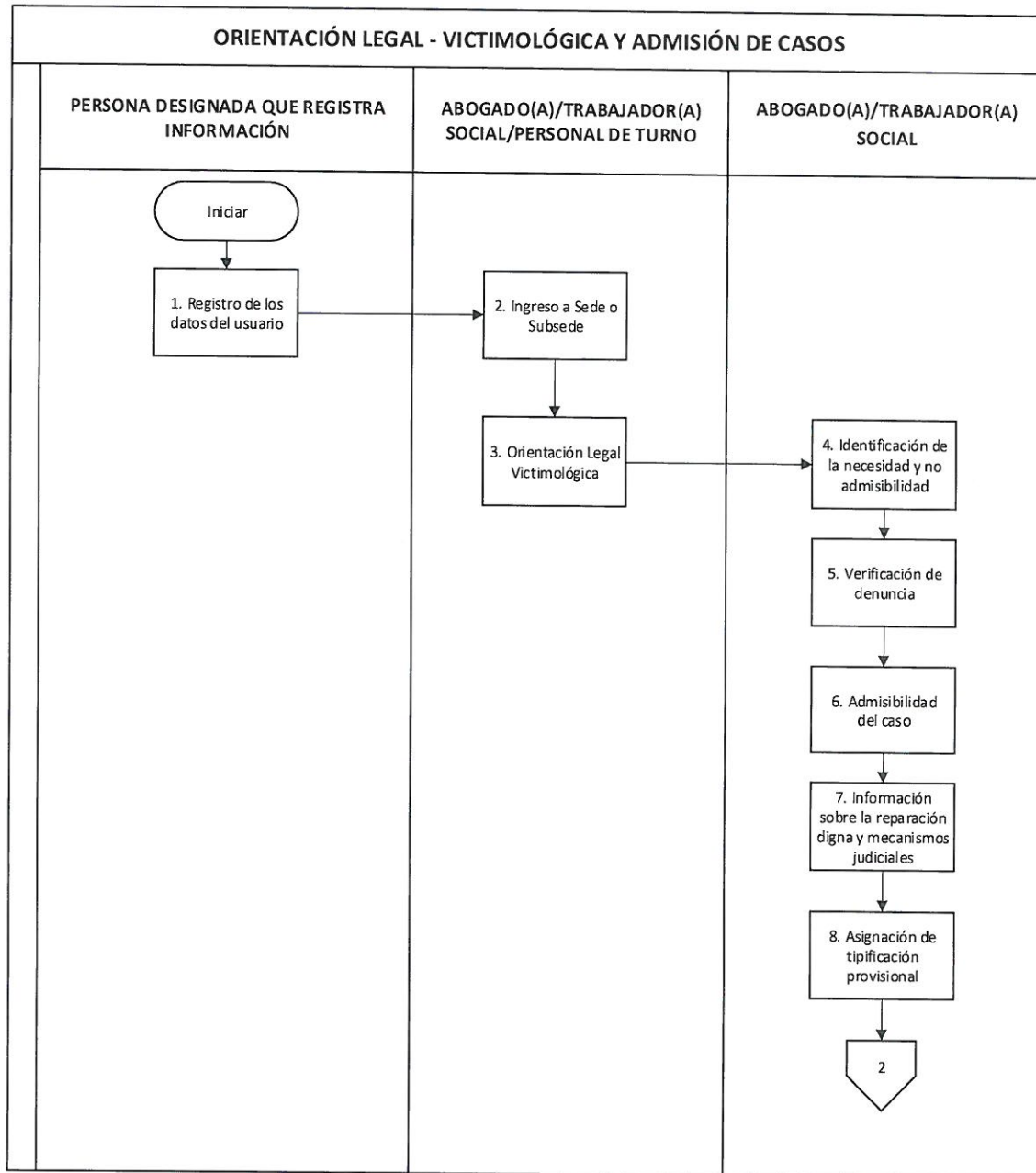





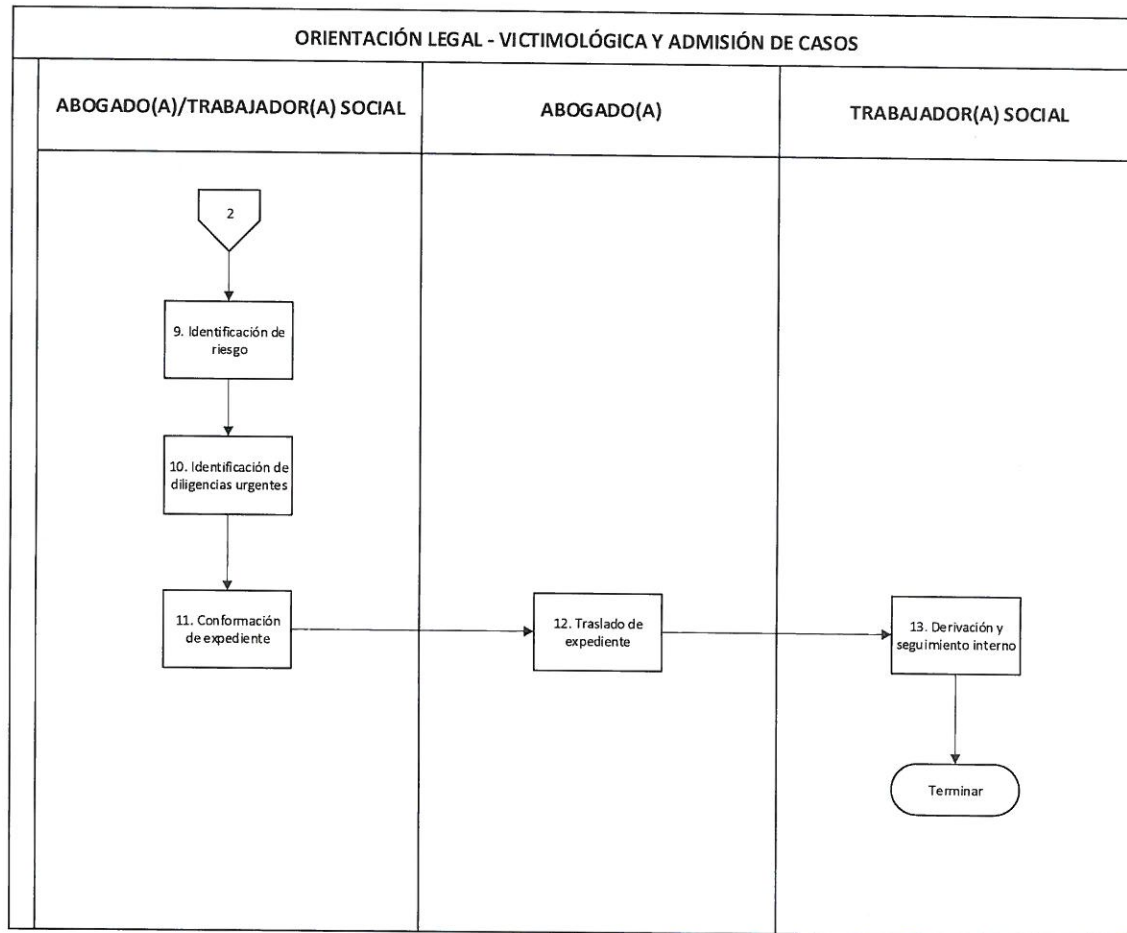



	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 21 de 23

## FLUJOGRAMA



	PROCEDIMIENTO		
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 22 de 23





	PROCEDIMIENTO			
	ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS			
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 23 de 23

## CONTROL DE CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES

NO. DE VERSIÓN	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIPO DE CAMBIO	MOTIVO DEL CAMBIO	APARTADOS MODIFICADOS	PÁGINAS AFECTADAS
3	08/09/2023	Mayor	Atender nuevos lineamientos de administración documental y aprobación de manual de procedimientos, y actualización de procedimientos con alineación al uso del sistema informático.	Carátula, cuadro de aprobación, propósito y alcance, glosario, descripción de actividades y responsables, documentos relacionados anexos, flujograma y se agregó control de cambios y actualizaciones	1- 4, 5-8, y 10-23



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA PARA ADULTOS QUE ACTÚEN EN REPRESENTACIÓN LEGAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023



**DAL-DSV-FOR-1 CONSENTIMIENTO NNA**  
Fecha Aceptación: 02-08-2023

Numero de IV  
Detalle

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA PARA ADULTOS QUE ACTÚEN EN REPRESENTACIÓN LEGAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

El Instituto de la Víctima busca apoyarle, por eso queremos asegurarnos de que se sienta respetado/a, valorado/a y protegido/a, tanto usted como la niña, niño o adolescente que representa. Usted ha buscado voluntariamente los servicios de la institución y por esa razón, deseamos acompañarle y brindarle el mejor servicio que usted necesita, así como a la niña, niño o adolescente que representa. Para ello, solicitamos que, como requisito para brindarle la asistencia legal y atención victimológica que le brindaremos, usted acepta y se compromete a cumplir con los requerimientos de cada atención que se le brindará a usted y a la niña, niño o adolescente que representa, los cuales se describen a continuación:


**Asistencia legal:**

- Se le asignará un abogado o abogada de forma gratuita para que le asista durante el proceso penal, como querrelante adhesivo. Por las necesidades del servicio, podrá ser acompañado a diligencias o audiencia por cualquier otro abogado de la institución.
- Asistir de manera puntual a todas las diligencias, audiencias y citaciones de las diferentes instituciones del sector justicia, donde sea necesaria la presencia de usted o de la niña, niño o adolescente que representa.
- Ser asistido exclusivamente por los abogados del Instituto de la Víctima, en las fases del proceso penal que lo requieran, lo que implica que no puede actuar con abogado/a particular.


**Atención psicológica:**


- Garantizar su asistencia puntual a la psicoterapia presencial o en otras modalidades y de la niña, niño o adolescente que representa, en el día y hora que sea programada.
- Cuando se brinde la atención en otras modalidades, es necesario que la víctima cuente con los medios necesarios que garanticen la privacidad y una atención con calidad.
- Brindar información necesaria que le solicite el/la profesional, en forma presencial u otra modalidad para el llenado de la entrevista, evaluación y elaboración de informes.
- Participar activamente en el proceso psicoterapéutico, para lograr su recuperación emocional y de la niña, niño o adolescente que representa.
- Autorizo que la información psicológica, sea utilizada en el proceso penal, con el fin de búsqueda de la justicia.

Usuario: vslgja  
Fecha Impresión: 31-08-2023 14:28:19



1 de 4

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA PARA ADULTOS QUE ACTÚEN EN REPRESENTACIÓN LEGAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 4



**DAL-DSV-FOR-1 CONSENTIMIENTO NNA**  
Fecha Aceptación: 02-08-2023

• Informar oportunamente sobre la inasistencia a la cita programada.

**Atención social:**

- Cumplir con las citas o visitas, coordinadas previamente.
- Brindar información necesaria que solicite el/la profesional, en forma presencial u otra modalidad para la elaboración de evaluaciones, estudios socioeconómicos e informes que nos permitan darle seguimiento a su caso.
- De acuerdo con las necesidades de la víctima, podrá realizarse derivación o referencia a otras instituciones u organizaciones que permitan garantizar la prestación del servicio.
- Autorizo que la información social, sea utilizada en el proceso penal, con el fin de búsqueda de la justicia.

**Atención médica/psiquiátrica:**

- Asistir o presentar a la niña, niño o adolescente a entrevistas, exámenes físicos y tratamientos médicos de atención primaria o referencias a otros servicios de salud, si su caso lo amerita.
- Garantizar su asistencia puntual a la cita médica/psiquiátrica presencial o en otras modalidades y de la niña, niño o adolescente que representa, en el día y hora que sea programada.
- Cuando se brinde la atención en otras modalidades, es necesario que usted, o la niña, niño o adolescente cuente con los medios necesarios que garanticen la privacidad y una atención con calidad.
- De acuerdo con las necesidades o solicitudes de la víctima, podrá realizarse derivación o referencia a otras instituciones u organizaciones que permitan garantizar la prestación del servicio.
- Autorizo que la información médica/psiquiátrica, sea utilizada en el proceso penal, con el fin de búsqueda de la justicia.
- Informar oportunamente sobre la inasistencia a la cita programada.

**OTROS DERECHOS Y OBLIGACIONES**


a. Si así lo requiere, el abogado del Instituto de la Víctima avisará mediante oficio al empleador del representante de la niña, niño o adolescente víctima para que pueda ausentarse de su trabajo con goce de sueldo o salario y pueda comparecer las veces que sea necesario a prestar testimonio o a participar en cualquier diligencia relacionada con su proceso penal, sin que estas comparecencias sean causales de represalias o despidos.


b. Tiene el derecho a ser tratada con dignidad y respeto.


Usuario: vaglin

Fecha Impresión: 21-08-2023 14:20:10

2 de 4



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA PARA ADULTOS QUE ACTÚEN EN REPRESENTACIÓN LEGAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 3 de 4



**DAL-DSV-FOR-1 CONSENTIMIENTO NNA**  
Fecha Aceptación: 02-08-2023

c. El Instituto de la Víctima le garantiza la privacidad de su información que usted brinde en la asistencia y atención, se utilizará exclusivamente para el proceso penal y para su recuperación integral.

d. En cualquier momento, el personal del Instituto se comunicará con usted con la finalidad de evaluar el nivel de satisfacción de la asistencia y atención que se le brinda.

**Causas por las cuales se tendrá por abandonada la asistencia legal:**

1. Renuncia del representante de la niña, niño o adolescente de los servicios.
2. No asistir a las audiencias, siendo previamente notificada, salvo justificación.
3. Falta de interés, cuando la víctima deje de acudir sin justa causa a las citas, audiencias y diligencias en las que se le requiera.
4. No informar al Instituto el cambio de residencia y/o cambio del número telefónico, que provoque la no localización para notificarle e informarle de diligencias y audiencias donde es necesario su presencia.
5. Migración a otro país, salvo que nombre mandatario judicial.
6. Que esté siendo asistida por un abogado particular.


**Causas por las cuales se tendrá por abandonada la atención victimológica:**

1. Inasistencia consecutiva de tres citas al tratamiento psicoterapéutico sin justificación.
2. Abandono de los servicios de atención social.
3. Inasistencia consecutiva por más de 6 meses al tratamiento médico/psiquiátrico, sin justificación.
4. No informar al Instituto, el cambio de residencia y/o cambio del número telefónico, que provoque la no localización para notificarle e informarle de diligencias y audiencias donde es necesario su presencia.
5. Abandono del país.


Usuario: vaglin


Fecha Impresión: 31-08-2023 14:35:10

3 de 4





	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA PARA ADULTOS QUE ACTUEN EN REPRESENTACIÓN LEGAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 4 de 4



**DAL-DSV-FOR-1 CONSENTIMIENTO NNA**  
 Fecha Aceptación: 02-08-2023

NOTA: En los casos que se identifique que la causa de abandono pone en riesgo los derechos de la niña, niño o adolescente, se otorgará a la Procuraduría de la Niñez y Adolescencia de la Procuraduría General de la Nación.

AUTORIZO al Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito, para que se tomen fotografías y/o videos en las diferentes diligencias, audiencias, atenciones psicológicas, sociales, médicas y psiquiátricas, que serán utilizadas exclusivamente en documentos y redes sociales oficiales de la institución, que tengan como finalidad dar conocer los servicios del Instituto, resguardando su identidad. No recibe algún tipo de retribución económica por el uso de la imagen.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de quien ejerce la representación: JUAN ANTONIO GARCIA FUENTES


Nombre del niño, niña y adolescente JUANITO PEREZ


Firma/Huella: \_\_\_\_\_


Código Único de Identificación de quien ejerce la representación: 1619596740101

Nombre del profesional que atendió: \_\_\_\_\_

Unimás Bogotá  
Fecha Impresión: 31-08-2023 14:38:16



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023



**DAL-DSV-FOR-2 CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
Fecha Aceptación: 02-08-2023

Número de IV: \_\_\_\_\_  
 Delito: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**

El Instituto de la Víctima busca apoyarle, por eso queremos asegurarnos de que se sienta respetada/o, valorada/o y protegida/o. 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, como requisito para brindarle la asistencia legal y atención victimológica que le brindaremos, usted acepta y se comprometa a cumplir con los requerimientos de cada atención que se le brindará, los cuales se describen a continuación:

**Asistencia legal:**

- Se le asignará un abogado o abogada de forma gratuita para que le asista durante el proceso penal, como querrelante adhesivo. Por las necesidades del servicio, podrá ser acompañado a diligencias o audiencia por cualquier otro abogado de la institución.
- Asistir de manera puntual a todas las diligencias, audiencias y citaciones de las diferentes instituciones del sector justicia.
- Ser asistido exclusivamente por los abogados del Instituto de la Víctima, en las fases del proceso penal que lo requieran, lo que implica que no puede actuar con abogado/a particular.


**Atención psicológica:**


- Cumplir de manera puntual a la psicoterapia presencial o en otras modalidades, en el día y hora que sea programada.
- Cuando se brinde la atención en otras modalidades, es necesario que la víctima cuente con los medios necesarios que garanticen la privacidad y una atención con calidad.
- Brindar información necesaria que le solicite el/la profesional, en forma presencial u otra modalidad para el llenado de la entrevista, evaluación y elaboración de informes.
- Participar activamente en el proceso psicoterapéutico, para lograr su recuperación emocional.
- Autorizo que la información psicológica, sea utilizada en el proceso penal, con el fin de búsqueda de la justicia.
- Informar oportunamente sobre la inasistencia a la cita programada.


**Atención social:**

- Cumplir con las citas o visitas, coordinadas previamente.

Usuario: vijgub
Fecha Impresión: 21-08-2023 14:20:45
1 de 3



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 2 de 3	



**DAL-DSV-FOR-2 CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
Fecha Aceptación: 02-08-2023

- Brindar información necesaria que solicite el/la profesional, en forma presencial u otra modalidad para la elaboración de evaluaciones, estudios socioeconómicos e informes que nos permitan darle seguimiento a su caso.
- De acuerdo con las necesidades de la víctima, podrá realizarse derivación o referencia a otras instituciones u organizaciones que permitan garantizar la prestación del servicio.
- Autorizo que la información social, sea utilizada en el proceso penal, con el fin de búsqueda de la justicia.

**Atención médica/psiquiátrica:**

- Asistir a entrevistas, exámenes físicos y tratamiento médico de atención primaria o referencias a otros servicios de salud, si su caso lo amerita.
- Cumplir de manera puntual a la cita médica/psiquiátrica presencial o en otras modalidades, en el día y hora que sea programada.
- Cuando se brinde la atención en otras modalidades, es necesario que la víctima cuente con los medios necesarios que garanticen la privacidad y una atención con calidad.
- De acuerdo con las necesidades o solicitudes de la víctima, podrá realizarse derivación o referencia a otras instituciones u organizaciones que permitan garantizar la prestación del servicio.
- Autorizo que la información médica/psiquiátrica, sea utilizada en el proceso penal, con el fin de búsqueda de la justicia.
- Informar oportunamente sobre la inasistencia a la cita programada.


**OTROS DERECHOS Y OBLIGACIONES**


- a. Si así lo requiere, el abogado del Instituto de la Víctima avisará mediante oficio al empleador de la víctima para que pueda ausentarse de su trabajo con goce de sueldo o salario, para que pueda comparecer las veces que sea necesario a prestar testimonio o a participar en cualquier diligencia relacionada con su proceso penal, sin que estas comparecencias sean causales de represalias o despidos.
- b. Tiene el derecho a ser tratada con dignidad y respeto.
- c. El Instituto de la Víctima le garantiza la privacidad de su información que usted brinde en la asistencia y atención; se utilizará exclusivamente para el proceso penal y para su recuperación integral.
- d. En cualquier momento, el personal del Instituto se comunicará con usted con la finalidad de evaluar el nivel de satisfacción de la asistencia y atención que se le brinda.


Univision, Bogotá

Fecha Impresión: 21-08-2023 14:39:45

3 de 3



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 3 de 3



**DAL-DSV-FOR-2 CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
Fecha Aceptación: 02-08-2023

**Causas por las cuales se tendrá por abandonada la asistencia legal:**

1. Renuncia de los servicios.
2. No asistir a las audiencias, siendo previamente notificada, salvo justificación.
3. Falta de interés, cuando la víctima deje de acudir sin justa causa a las citas, audiencias y diligencias en las que se le requiera.
4. No informar al Instituto el cambio de residencia y/o cambio del número telefónico, que provoque la no localización para notificarle e informarle de diligencias y audiencias donde es necesario su presencia.
5. Migración a otro país, salvo que nombre mandatario judicial.
6. Que esté siendo asistida por un abogado particular.

**Causas por las cuales se tendrá por abandonada la atención victimológica:**

1. Inasistencia consecutiva de tres citas al tratamiento psicoterapéutico sin justificación.
2. Abandono de los servicios de atención social.
3. Inasistencia consecutiva por más de 6 meses al tratamiento médico/psiquiátrico, sin justificación.
4. No informar al Instituto, el cambio de residencia y/o cambio del número telefónico, que provoque la no localización para notificarle e informarle de diligencias y audiencias donde es necesario su presencia.
5. Abandono del país.

AUTORIZO al Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito, para que se tomen fotografías y/o videos en las diferentes diligencias, audiencias, atenciones psicológicas, sociales, médicas y psiquiátricas, que serán utilizadas exclusivamente en documentos y redes sociales oficiales de la institución, que tengan como finalidad dar conocer los servicios del Instituto, resguardando su identidad. No recibirá algún tipo de retribución económica por el uso de la imagen.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_


Nombre: JUANITO PEREZ

Firma: \_\_\_\_\_

Código Único de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional que atiende: \_\_\_\_\_


Unidad: Bogotá  
Fecha Impresión: 21-08-2022 14:38:45



3 de 3



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA ÚNICA DE REGISTRO DE LA VÍCTIMA</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-3	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 1 de 3



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
SEDE:

**FICHA ÚNICA DE REGISTRO DE LA VÍCTIMA**  
Fecha Orientación: XX-XX-XXXX

Tipo de delito:  
Número de expediente IV:  
Número de expediente MP:  
Número de causa del Juzgado:

**I. DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA**

Nombre completo:

¿Cómo le gusta que le llamen?

Edad:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

Estado civil:

Nacionalidad:

Tipo de Documento Personal de Identificación:

Número de Documento Personal de Identificación:

Idioma:

Religión:

Sexo:

Orientación sexual:

Identidad de género:

Escolaridad:

Profesión u oficio:

Tipo de discapacidad:

Origen Etnico:

País de origen:

Requiere atención diferenciada o especializada:

¿Es Querellante?:

Tipo de atención:

Tipo Proceso:

Etapas Procesal:

Firma víctima y/o querellante-representante:


Firma Abogado (a) que atendió:

Firma Trabajadora Social que atendió:


Usuario:

Fecha Impresión:


1 de 3




**SIAMI**


	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA ÚNICA DE REGISTRO DE LA VÍCTIMA</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-3	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023


Página 2 de 3

	<b>FICHA ÚNICA DE REGISTRO DE LA VÍCTIMA</b> Fecha Orientación: XX-XX-XXXX
<b>SEDE:</b>	
<b>II. DATOS GENERALES DEL QUERELLANTE ADHESIVO Y/O REPRESENTANTE LEGAL</b>	
Nombre completo: _____ ¿Cómo le gusta que le llamen? _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Estado civil: _____ Nacionalidad: _____ Tipo de Documento Personal de Identificación: _____ Número de Documento Personal de Identificación: _____ Idioma: _____ Religión: _____ Sexo: _____ Orientación sexual: _____ Identidad de género: _____ Escolaridad: _____ Profesión u oficio: _____ Tipo de discapacidad: _____ Origen Etnico: _____ País de origen: _____ Relación con la víctima: _____ Requiere atención diferenciada o especializada: _____ Firma víctima y/o querellante-representante: _____ Firma Abogado (a) que atendió: _____ Firma Trabajadora Social que atendió: _____	
<b>ATENCIONES Y TIPOS DE PROCESO:</b>	
<b>SERVICIOS</b>	
<b>TIPO PROCESO</b>	
Usuario: _____	Fecha impresión: _____

2 de 3



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA ÚNICA DE REGISTRO DE LA VÍCTIMA</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-3	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 3 de 3



SEDE:

**FICHA ÚNICA DE REGISTRO DE LA VÍCTIMA**

Fecha Orientación XX-XX-XXXX

**III. DATOS GENERALES DE LOS HECHOS**

Lugar	Tiempo
Dirección	Día:
Departamento	Mes:
Municipio	Año:
Tipo Lugar:	Edad:
Nombre del sindicado:	
Relación con la víctima:	

**IV. DILIGENCIAS URGENTES**

**V. RIESGOS**


NIVEL

TIPOS DE RIESGO


Usuario:


Fecha impresión:

3 de 3



SIAMI

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE ORIENTACIÓN Y NO ADMISIBILIDAD</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-4	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
SEDE: SEDE CENTRAL

**FICHA DE ORIENTACIÓN Y NO ADMISIBILIDAD**

Fecha Orientación:

Numero de orientación:


**I. DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE RECIBE LA ORIENTACIÓN**

Nombre completo:	
Edad:	
Fecha de nacimiento:	
Teléfono:	
Nacionalidad:	
Tipo de Documento Personal de Identificación:	
Número de Documento Personal de Identificación	
Sexo:	
Motivo consulta:	
Tipo consulta:	
Motivo de no admisibilidad:	
No. referencia externa:	
Profesional que atiende:	
Profesional que acompaña:	
Firma de la persona orientada:	Firma del Abogado (a)  Firma de la Trabajadora Social:


Usuario:

Fecha Impresión:


1 de 1





	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

Página 1 de 2


	<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b> SEDE: SEDE CENTRAL REF-EX-X-XXXX-XX
---	---


Lugar y fecha:  
 Número de expediente:  
 Tipo de delito:  
 Tipo de víctima:



I. DATOS GENERALES	
Nombre completo	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Documento Personal de Identificación	
Idioma	
Religión	
Sexo	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Tipo de discapacidad	
¿La persona recibe atención diferenciada y especializada?	
Dirección completa del domicilio	
Números de teléfono	


II. DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE	
Nombre	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Documento identificación representante	
Sexo	
Dirección de domicilio	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Números de teléfono	
Parentesco o relación con el NNA o con persona que acompaña	



Usuario: Fecha impresión: 1 de 2





	FORMULARIO		
	FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES		
	CÓDIGO: DTS-FOR-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 2

		<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b> REF-EX-X-XXXX-XX
SEDE: SEDE CENTRAL		
<b>II. INSTITUCIÓN A DONDE SE REFIERE</b>		
Nombre de la Institución/ organización		
Área a donde se refiere		
Dirección		
Atención que necesita		
Fecha Referencia: _____ Nombre Trabajadora Social: _____ Firma Trabajadora Social: _____ Fecha Recibida: _____ Firma Referencia Recibida: _____		
		
Usuario: Luis Vitor Pizarro Superfichasresumen: 14/07/2023 09:45:16		

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-3	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023


		<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS</b> <small>REF-EX-4-2022-32</small>	
Lugar y fecha: 09-09-2022 Número de expediente: Tipo de delito: Tipo de víctima:			
<b>I. DATOS GENERALES</b>			
Nombre completo			
Edad			
Fecha de nacimiento			
Estado civil			
Nacionalidad			
Documento Personal de Identificación			
Idioma			
Religión			
Sexo			
Escolaridad			
Ocupación/oficio			
Tipo de discapacidad			
¿La persona recibe atención diferenciada y especializada?			
Dirección completa del domicilio			
Números de teléfono			
<b>II. INSTITUCIÓN A DONDE SE REFIERE</b>			
Nombre de la institución/organización			
Área a donde se refiere			
Dirección			
Atención que necesita			
			
<small>Usuarios: Lucio Vilier (Renean Sabido) - Impresión: 14-07-2023 08:56:34 1 de 2</small>			

	FORMULARIO		
	FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS		
	CÓDIGO: DTS-FOR-3	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 2




**FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS**  
REF-EX-4-2022-32


Fecha Referencia: 09-09-2022  
 Nombre Trabajadora Social: \_\_\_\_\_  
 Firma Trabajadora Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha Recibida: \_\_\_\_\_  
 Firma Referencia Recibida: \_\_\_\_\_



Usuario: Luzel Villegas Rivas | Fecha Impresión: 14-07-2023 08:56:04
2 de 2



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-10	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 1 de 3	



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**

**EVALUACION DIAGNOSTICA - INICIAL**

SEDE: \_\_\_\_\_ Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX

Nombre: _____	Identificación: _____
Tipo de Persona: _____	Parentesco: _____
Es Víctima: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Es Víctima Indirecta: _____	Edad: _____
Sexo: _____	Origen Etnico: _____
Delitos: _____	

---

**DOMINIO DE SEGURIDAD**

1. Muy vulnerable    2. Vulnerable    3. Estable    4. Muy Estable

Subdominio \_\_\_\_\_ Puntuación 1 2 3 4

1. LA VÍCTIMA YA NO EXPERIMENTA ABUSO NI NEGLIGENCIA. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

2. LA VÍCTIMA YA NO EXPERIMENTA AMENAZAS DE PARTE DE PERSONAS SOSPECHOSAS U OTROS QUE INTENTEN REVICTIMIZAR. \*\* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

3. LA VÍCTIMA ES CAPAZ DE IDENTIFICAR Y MANEJAR LAS SITUACIONES DE RIESGO. \*\* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

**PROMEDIO DOMINIO DE SEGURIDAD:**

Observaciones: \_\_\_\_\_

\*\*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad.  
\*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.

**DOMINIO PROTECCION LEGAL**

1. Muy vulnerable    2. Vulnerable    3. Estable    4. Muy Estable

Subdominio \_\_\_\_\_ Puntuación 1 2 3 4

1. LA VÍCTIMA CONOCE SUS DERECHOS Y PROTECCIÓN BAJO LA LEY Y RECONOCE LA VIOLACIÓN DE ESOS DERECHOS Y PROTECCIÓN COMO FALTAS Y ABUSO. \*\* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

2. LA DOCUMENTACIÓN Y ESTATUS LEGAL DE LA VÍCTIMA MINIMIZA LOS RIESGOS DE FUTURAS VULNERACIONES A SUS DERECHOS HUMANOS. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4


3. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO AL SISTEMA DE JUSTICIA PARA BUSCAR PROTECCIÓN Y/O REPARACIONES POR VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS. \*\* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

**PROMEDIO DOMINIO PROTECCION LEGAL:**


Observaciones: \_\_\_\_\_



\*\*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad.  
\*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.


Usuario: \_\_\_\_\_ Fecha impresión: \_\_\_\_\_




1 de 3

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-10	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 2 de 3	

		<b>EVALUACION DIAGNOSTICA - INICIAL</b>	
SEDE:		Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX	
<b>DOMINIO BIENESTAR MENTAL</b>		1. Muy vulnerable    2. Vulnerable    3. Estable    4. Muy Estable	
Subdominio		Puntuación	1   2   3   4
1. LA VÍCTIMA NO MANIFIESTA CONDUCTAS DE RIESGO. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. LA VÍCTIMA SE INVOLUCRA POSITIVAMENTE EN ACTIVIDADES DIARIAS. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LA VÍCTIMA UTILIZA HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO POSITIVAS. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VÍCTIMA DEMUESTRA ACTITUDES POSITIVAS Y COMPORTAMIENTOS DE EMPODERAMIENTO. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PROMEDIO DOMINIO BIENESTAR MENTAL:</b>			
Observaciones:			
<small>*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad.          *Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.</small>			
<b>DOMINIO EMPODERAMIENTO ECONÓMICO Y EDUCACIÓN</b>		1. Muy vulnerable    2. Vulnerable    3. Estable    4. Muy Estable	
Subdominio		Puntuación	1   2   3   4
1. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA MANTIENE INGRESOS ECONÓMICOS ADECUADOS POR LABORES NO RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD DE EXPLOTACIÓN O MEDIANTE ACTIVOS PRODUCTIVOS QUE GENERAN GANANCIAS.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. LA VÍCTIMA DEMUESTRA HABILIDADES DE GESTIÓN FINANCIERA. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A UNA RED DE SEGURIDAD FINANCIERA ADECUADA.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VÍCTIMA SE INVOLUCRA POSITIVAMENTE EN LA ESCUELA, EL TRABAJO O CENTROS DE FORMACIÓN. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PROMEDIO DOMINIO EMPODERAMIENTO ECONÓMICO Y EDUCACIÓN:</b>			
Observaciones:			
<small>*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad.          *Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.</small>			
<b>DOMINIO APOYO SOCIAL</b>		1. Muy vulnerable    2. Vulnerable    3. Estable    4. Muy Estable	
Subdominio		Puntuación	1   2   3   4
1. LA VÍCTIMA ES APOYADA EMOCIONALMENTE CON RELACIONES POSITIVAS Y SALUDABLES. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA APOYA SU BIENESTAR.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LA VÍCTIMA NO EXPERIMENTA DISCRIMINACIÓN NI PRESIÓN SOCIAL NEGATIVA. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A RECURSOS COMUNITARIOS Y ESTRUCTURAS DE APOYO.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PROMEDIO DOMINIO APOYO SOCIAL:</b>			
Observaciones:			
<small>*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad.          *Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.</small>			
Usuario:	Fecha Impresión:	2 de 3	
			

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-10	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 3 de 3	



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
SEDE:

**EVALUACION DIAGNOSTICA - INICIAL**  
Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX

**DOMINIO BIENESTAR FISICO**

Subdominio

1. Muy vulnerable   2. Vulnerable   3. Estable   4. Muy Estable

Puntuación   1   2   3   4

1. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS ESENCIALES. ○ ○ ○ ○

2. LA VÍCTIMA CUIDA DE SUS NECESIDADES DE SALUD \*•. ○ ○ ○ ○

3. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS ADECUADAS QUE IMPACTAN POSITIVAMENTE LA SALUD. ○ ○ ○ ○

4. LA VÍCTIMA TIENE VIVIENDA ESTABLE. ○ ○ ○ ○

5. LA VIVIENDA DE LA VÍCTIMA ESTÁ SEGURA Y LIBRE DE PELIGROS. ○ ○ ○ ○

**PROMEDIO DOMINIO BIENESTAR FISICO:**

Observaciones:

\* Para niñas menores de 12 años, por favor califique a cuidador del menor de edad.  
\* Para niñas menores de 3 años, por favor califique a su madre cuidadora del menor de edad.

Descripción	Resultado	Promedio	Observaciones generales
1. SEGURIDAD			
2. PROTECCION LEGAL			
3. BIENESTAR MENTAL			
4. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO Y EDUCACIÓN			
5. APOYO SOCIAL			
6. BIENESTAR FISICO			
<b>Promedio General</b>			

Fecha

Comentario

**Plan de Tratamiento**

Plan


Servicio


Usuario

Usuario

Fecha Impresión:

3 de 3



	FORMULARIO		
	PRIMER CONTACTO		
	CÓDIGO: DAL-FOR-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022



## FORMULARIO PARA PRIMER CONTACTO

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del usuario (a): \_\_\_\_\_

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_

1.- ¿Qué es lo que espera del Sistema de Justicia en Guatemala y que es lo que no desea que suceda?

2.- ¿Qué es lo que desea como Reparación Digna?

### ¿QUÉ ES LA REPARACIÓN DIGNA?

LA REPARACIÓN 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 DERECHOS 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.

### ¿QUÉ MEDIDAS DE REPARACIÓN DIGNA EXISTEN?

LA REPARACIÓN DIGNA COMPRENDE: MEDIDAS DE RESTITUCIÓN, REHABILITACIÓN, COMPENSACIÓN, SATISFACCIÓN Y MEDIDAS DE NO REPETICIÓN.

### REHABILITACIÓN

ESTAS MEDIDAS ESTABLECEN QUE LAS VÍCTIMAS DE DELITOS PUEDEN TENER ATENCIÓN PSICOLÓGICA, MÉDICA Y ACCEDER A SERVICIOS SOCIALES.

### SATISFACCIÓN

SIGNIFICAN QUE LAS VÍCTIMAS DE DELITOS, A TRAVÉS DE FORMAS DE DEVOLUCIÓN Y RESTITUCIÓN NO MATERIALES QUE SEAN DEL AGRADO Y GUSTO DE LA VÍCTIMA, PUEDA SENTIR A TRAVÉS DE ESTAS UNA PLENA SATISFACCIÓN, POR EJEMPLO, MEDIANTE DISCULPAS PÚBLICAS O SANCIONES ADMINISTRATIVAS Y JUDICIALES.

01

### RESTITUCIÓN

SIGNIFICAN QUE A LAS VÍCTIMAS DE UN DELITO SE LES DEBE DEVOLVER, EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, AQUEL DERECHO QUE SE LES AFECTÓ O VIOLENTÓ.

02

03

### COMPENSACIÓN

SE REFIEREN A QUE LAS VÍCTIMAS DE DELITOS PUEDEN SER INDEMNIZADAS ECONÓMICAMENTE POR EL DAÑO FÍSICO O MENTAL QUE HUBIEREN SUFRIDO, POR LA PÉRDIDA DE INGRESOS, DEL EMPLEO O EL ACCESO A LA EDUCACIÓN, POR PERJUICIOS MORALES O BIEN, POR LOS GASTOS EN LOS QUE HAN INCURRIDO POR MEDICAMENTOS, ASISTENCIA DE EXPERTOS, TRASPORTE U HOSPEDAJE DURANTE EL PROCESO PENAL.

04

05

### NO REPETICIÓN

ESTAS MEDIDAS IMPLICAN ANALIZAR EL ASPECTO QUE CAUSÓ QUE LAS PERSONAS HAYAN SIDO VÍCTIMAS DE UN DELITO Y LUEGO SE DEBEN TOMAR ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR QUE ESTA SITUACIÓN VUELVA A SUCEDER, CAMBIANDO LAS CAUSAS Y LOS CONTEXTOS QUE SITUAN A LAS PERSONAS EN UNA CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD.






## PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS**

**VERSIÓN 3**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2023

	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 34


Vigencia: 22/09/2023	Código: DPS-PRO-1	Elaboración: 25/08/2023
----------------------	-------------------	-------------------------

**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:	Ana Esther Sierra Marroquín de Vásquez Profesional Especializado V Departamento de Psicología Dirección de Servicios Victimológicos	
Diseñado y Estructurado por:	Londy Lucrecia Elías Ceseña Jefe III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional	
Revisado y Aprobado:	Lic. David Antonio Monterroso Fuentes Director de Servicios Victimológicos	

	PROCEDIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 3 de 34

## 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).



	PROCEDIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 4 de 34

- 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).




	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 5 de 34

### 3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABLES


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

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
<b>3.1 PRIMERA ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>		
1. <b>Ingreso del caso</b>	Psicólogo (a)	<p>En caso de turno: 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 al lugar 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 <b>Informe de Atención en Crisis DPS-FOR-12</b>.</p>
2. <b>Encuadre de actuación y exposición de objetivos</b>	Psicólogo (a)	<p>Explica a la víctima las generalidades, objetivos y requerimientos de la atención psicológica (tiempo, motivación, compromiso, entre otros).</p> <p><b>Nota 1:</b> 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><b>Nota 2:</b> 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. <b>Recopilación de la información</b>	Psicólogo (a) de Turno	<p>Inicia la recopilación de información por medio del Formulario <b>Ficha de Primera Atención DSV-FOR-1</b>.</p> <p><b>Nota 3:</b> 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 <b>Ficha de Referencia Interna DPS-FOR-18</b> o a través del sistema informático.</p>


	PROCEDIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 6 de 34

4.	<b>Asignación de casos</b>	Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede.	Asignación de caso a través de Sistema Informático.
<b>3.2 SEGUIMIENTO DEL CASO</b>			
5.	<b>Seguimiento del caso.</b>	Psicólogo (a)	<p>Recibe asignación del caso a través del Sistema Informático, revisa la Ficha de Primera Atención, así como otros documentos que acompañen el caso.</p> <p>Se establece comunicación con la víctima a través del medio más conveniente y procede a concretar horarios, días y modalidad de la atención psicológica.</p>
6.	<b>Atención del caso.</b>	Psicólogo (a)	<p>El profesional de Psicología procede a brindar la atención psicológica.</p> <p>Observa las necesidades psicológicas inmediatas de la víctima y determina si requiere intervención en crisis.</p>
7.	<b>Explicación y firma de Acuerdo Terapéutico.</b>	Psicólogo (a)	<p>Explica en qué consiste el Acuerdo Terapéutico, resuelve dudas y solicita firma de este.</p> <p><b>Nota 4:</b> Si es niña, niño y/o adolescente se utiliza el <b>Acuerdo Terapéutico para Niñas, Niños, Adolescentes y Personas Adultas que Necesiten Representación Legal DPS-FOR-17.</b></p> <p>Si es un adulto se utiliza el <b>Acuerdo Terapéutico para Adultos DPS-FOR-16.</b></p> <p><b>Nota 5:</b> El Acuerdo Terapéutico será utilizado de acuerdo con la edad, capacidad cognitiva y volitiva del paciente.</p>
8.	<b>Evaluaciones</b>	Psicólogo (a)	<p>Continúa recopilando información por medio del formulario de <b>Entrevista Psicológica y Evoluciones DPS-FOR-5</b> y formulario de <b>Examen Mental DPS-FOR-3</b></p> <p><b>Nota 6:</b> 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</p>




	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 7 de 34

			medio de Ficha de referencia Interna de Psicología y/o el sistema informático.
9.	<b>Entrega de carné</b>	Jefe (a) del Departamento de Psicología, Coordinador (a) de Sede o Psicólogo (a).	<p>Finalizada la sesión, se describe la metodología preliminar de tratamiento y se entrega el formulario <b>Carné de Atención Psicológica DPS-FOR-9</b> para seguimiento.</p> <p>Si la víctima o querellante solicita constancia de asistencia a citas se solicita al Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede para la respectiva elaboración utilizando el formulario <b>Constancia de Atención Psicológica DPS-FOR-20</b> y se entrega al solicitante. En caso de no encontrarse el Jefe (a) o Coordinador (a) de Sede, se autoriza al profesional extender la constancia e informar respectivamente.</p>
10.	<b>Plan de Atención</b>	Psicólogo (a)	<p>Procede a realizar el Plan de Atención de acuerdo con las necesidades específicas y generales de la víctima y clasificación del plan de tratamiento que corresponda a las necesidades identificadas.</p> <p><b>Nota 7:</b> Se utiliza la entrevista y evolución de procesos de la Guía y Protocolo para la Solicitud y Elaboración de Informes Psicológicos.</p> <p><b>Nota 8:</b> La clasificación de programas terapéuticos está integrado por tres opciones, según los indicadores positivos y negativos de recuperación ante suceso traumático contenidos en la Guía y Protocolo para la Solicitud y Elaboración de Informes Psicológicos.</p>
11.	<b>Programación o reprogramación de citas</b>	Psicólogo (a)	<p>Establece comunicación constante con la víctima para programar o reprogramar citas, según corresponda dejando registro en el sistema informático y en formulario <b>Ficha de Seguimiento Psicológico DPS-FOR-21</b></p> <p>En el caso de que la víctima no desee continuar su proceso psicoterapéutico, continúa en actividad 13.</p>
12.	<b>Reconsulta y/o evolución</b>	Psicólogo (a)	Realiza el seguimiento de acuerdo con el Plan de Atención consignando indicadores de avances o retrocesos en las competencias mentales y


	PROCEDIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 8 de 34

			<p>emocionales de la víctima, utilizando la <b>Nota de Evolución Psicológica DPS-FOR-8</b>.</p> <p>Una vez identificada la recuperación emocional, se utiliza el <b>Formulario Ficha de Indicadores de Recuperación Psicológica DPS-FOR-22</b>.</p>
<b>3.3 CIERRE DE CASO</b>			
13.	<b>Elaboración de informe de cierre</b>	Jefe (a) del Departamento de Psicología, Coordinador (a) de Sede o Psicólogo (a).	<p>El cierre de caso se puede dar en los siguientes escenarios: por tres inasistencias a citas programadas, desistimiento de tratamiento (a través de desistimiento o indicación de la víctima), recuperación psicológica, localización y comunicación no efectiva, entre otros; previo visto bueno de Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de sede.</p> <p>Si la víctima abandona el tratamiento, se procede a solicitar la firma voluntaria en el formulario <b>Desistimiento de Atención Psicológica DPS-FOR-23</b>.</p> <p>Se elabora el informe de cierre, utilizando el formulario <b>Informe de Cierre de Caso DPS-FOR-11</b>, una vez elaborado y firmado de visto bueno por el Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede, se gestiona el cierre en el sistema informático para la autorización de este.</p>
<b>3.4 SOLICITUDES DE INFORMES A REQUERIMIENTO</b>			
14.	<b>Ingreso de solicitud</b>	Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede.	<p>Recibe solicitud de Abogados de la Dirección de Asistencia Legal del Instituto de la Víctima por medio del sistema informático para su respectiva asignación.</p> <p><b>Nota 9:</b> en el caso de Instituciones de Seguridad y Justicia u otras organizaciones, se determinará la admisibilidad y/o viabilidad del caso, para gestionarlo y registrarlo en el sistema informático.</p>
15.	<b>Asignación del profesional</b>	Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede.	<p>Se asigna a través del sistema informático al profesional que elaborará el informe, según plazo establecido por el Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede.</p>




	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 9 de 34

16.	<b>Elaboración de informe</b>	Psicólogo (a)	<p>Elabora el informe de acuerdo con el objetivo y lo traslada a través de oficio a la Jefatura del Departamento de Psicología o Coordinador de Sede para continuar con su trámite según corresponda.</p> <p>Una vez entregado el informe, se adjunta copia digital al sistema informático.</p> <p><b>Nota 10:</b> Según el informe que corresponda, utiliza uno de los siguientes formularios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informe de Evolución y Asistencia a Sesiones Terapéuticas DPS-FOR-4</b></li> <li>• <b>Informe de Análisis Psicojurídico DPS-FOR-6</b></li> <li>• <b>Ampliación de Informes Psicológicos DPS-FOR-7</b></li> <li>• <b>Informe Orientado a la Recuperación Psicológica DPS-FOR-10</b></li> <li>• <b>Informe Psicológico Orientado a la Reparación Psicológica</b></li> </ul>
17.	<b>Entrega de informe</b>	Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede.	<p>Se entrega el informe por medio de oficio a la persona designada en la Dirección de Asistencia Legal.</p> <p><b>Nota 11:</b> en el caso de Instituciones de Seguridad y Justicia u otras organizaciones, el Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede lo envía por medio de oficio al solicitante.</p>
<b>3.5 PARTICIPACIÓN EN PROCESO PENAL</b>			
18.	<b>Ingreso de solicitud</b>	Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede.	<p>Recibe solicitud de Abogados de la Dirección de Asistencia Legal del Instituto de la Víctima por medio del sistema informático para su respectiva asignación.</p> <p><b>Nota 12:</b> en el caso de Instituciones de Seguridad y Justicia u otras organizaciones, se determinará la admisibilidad y/o viabilidad del caso, para gestionarlo y registrarlo en el sistema informático.</p>
19.	<b>Asignación de profesional</b>	Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede.	<p>Asigna a través del sistema informático al profesional que participará en el proceso penal.</p>

	PROCEDIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 10 de 34

20.	<b>Participación en proceso penal</b>	Psicólogo (a)	<p>Participa en el proceso penal, realiza las diligencias necesarias que coadyuven a la reparación digna e integral y se registra en el sistema informático.</p> <p>Finaliza Procedimiento.</p>
-----	---------------------------------------	---------------	---

	PROCEDIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 11 de 34

#### 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-3 Formulario de Examen Mental
- 4.2.7 DPS-FOR-4 Informe de Evolución y Asistencia a Sesiones Terapéuticas
- 4.2.8 DPS-FOR-5 Formulario de Entrevista Psicológica y Evoluciones
- 4.2.9 DPS-FOR-6 Formulario Informe de Análisis Psicojurídico
- 4.2.10 DPS-FOR-7 Formulario Ampliación de Informe Psicológico
- 4.2.11 DPS-FOR-8 Formulario de Nota de Evolución Psicológica
- 4.2.12 DPS-FOR-9 Carné de Atención Psicológica
- 4.2.13 DPS-FOR-10 Informe Orientado a la Recuperación Psicológica
- 4.2.14 DPS-FOR-11 Informe de Cierre de Caso
- 4.2.15 DPS-FOR-12 Informe de Atención en Crisis
- 4.2.16 DPS-FOR-16 Acuerdo Terapéutico para Adultos
- 4.2.17 DPS-FOR-17 Acuerdo Terapéutico para Niñas, Niños, Adolescentes y Personas Adultas que Necesiten Representación Legal
- 4.2.18 DPS-FOR-18 Ficha de Referencia Interna
- 4.2.19 DPS-FOR-19 Informe Psicológico Orientado a la Reparación Psicológica
- 4.2.20 DPS-FOR-20 Constancia de Atención Psicológica
- 4.2.21 DPS-FOR-21 Ficha de Seguimiento Psicológico
- 4.2.22 DPS-FOR-22 Ficha de Indicadores de Recuperación Psicológica
- 4.2.23 DPS-FOR-23 Desistimiento de Atención Psicológica

##### 4.3 Documentos Externos

No Aplica

	PROCEDIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 12 de 34


## 5. ANEXOS

INSTRUMENTO			
FICHA DE PRIMERA ATENCIÓN			
CENTRO DE ATENCIÓN	CENTRO DE ATENCIÓN	CENTRO DE ATENCIÓN	CENTRO DE ATENCIÓN
NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE:			
<b>FICHA DE PRIMERA ATENCIÓN</b>			
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>			
Lugar de la atención:			
Fecha:			
<b>2. Datos personales de la víctima</b>			
Nombre completo: _____ Apellido materno: _____ Apellido paterno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____ Nivel de escolaridad: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____ Fecha de atención: _____			
<b>3. Datos de la víctima</b>			
<b>4. Descripción de la situación y/o hechos</b>			
<b>5. Tipo de atención que requiere</b>			
¿Requiere atención psicológica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Requiere atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Requiere atención legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Requiere atención social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>6. Actividades realizadas</b>			
<b>7. Recomendaciones y/o seguimiento</b>			
Firmado por: _____ Fecha: _____			







	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 15 de 34

<b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b> DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA SECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
Lugar y fecha: _____ No. De expediente: _____			
<b>DATOS PERSONALES GENERALES</b> Nota: Si el caso es menor, continuar completando la información personal general con los documentos que estén en los expedientes. Hay que considerar que la presente entrevista, cuando sea diligenciada en las primeras sesiones, sirve a los fines del diagnóstico del caso.			
1. Nombre			
2. Género (masculino/femenino)			
3. Edad			
4. Fecha de nacimiento			
5. Nacionalidad			
6. Estado civil			
7. Religión			
8. Profesión			
9. Lugar de residencia			
10. Número de teléfono			
11. Escolaridad			
12. Ocupación			
13. Extranjero			
NUMERO DE PROGENITURA TUTORIA	EDAD	TRABAJO	ESTUDIOS
			OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE


<b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b> DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA SECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	
Requiere registrar un consentimiento informado de que se le informará	
<b>ANTECEDENTES</b> <b>ANTECEDENTES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO</b>	
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	
<b>ANTECEDENTES ACADÉMICOS</b>	
<b>ANTECEDENTES LABORALES</b>	
<b>ANTECEDENTES SOCIALES</b>	
<b>ANTECEDENTES DE RELACIONES DE PAREJA O NOVIAZGO</b>	

<b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b> DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA SECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	
<b>ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS Y PSQUIÁTRICOS</b>	
<b>ANTECEDENTES SEXUALES Y SEXUALIDAD</b>	
<b>ANTECEDENTES MÉDICOS</b>	
<b>ANTECEDENTES RELACIONADOS AL USO Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	
<b>ANTECEDENTES LEGALES</b>	
<b>DINÁMICA FAMILIAR: SI ES NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE, CONSIGNAR LA SÍ DO S Y VERSIONES, LA DEL TUTORIA Y LA DEL NIÑO.</b>	

<b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b> DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA SECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	
<b>GENOGRAMA (SI APLICA)</b>	
<b>HISTORIA DEL HECHO Y DINÁMICA DE VICTIMIZACIÓN:</b> Si es niño, niña o adolescente, consignar las dos versiones, la del tutor y la del niño.	

<b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b> DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA SECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	
<b>IMPACTO PSICOLÓGICO</b>	
<b>REGISTRO DE ECHOES</b> Formas de expresión de la experiencia de la víctima, que pueden ser: verbal, escrita, gráfica, etc.	
Resultados:	
Descripción:	
<b>REGISTRO DE INFORMES</b> Formas de expresión de la experiencia de la víctima, que pueden ser: verbal, escrita, gráfica, etc.	
Resultados:	
Descripción:	
<b>FACTORES MEDIADORES DEL IMPACTO PSICOLÓGICO</b> Los factores que actúan como mediadores.	
Percepción subjetiva del impacto:	
Nivel de afrontamiento:	
Estrategias de afrontamiento:	

<b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b> DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA SECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	
<b>ESTABLECIMIENTO DEL DAÑO PSICOLÓGICO</b>	
Factores biológicos:	
Factores psicológicos:	
<b>ESTABLECIMIENTO DEL DAÑO PSICOLÓGICO</b> Observación emocional y psicológica de la víctima.	
Nivel de la afectación psicológica:	
Factores que actúan como mediadores:	
Observación de formas de afrontamiento:	


	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 16 de 34


<b>ESTABLECIMIENTO DEL DAÑO AL PROYECTO DE VIDA</b> Atención de víctimas de delitos mediante el diagnóstico de daño al proyecto de vida de la víctima por tener un efecto traumático. Medición de nivel de la intensidad del trauma, consecuencias y repercusión de las mismas.	
<b>NECESIDADES Y VULNERABILIDADES</b> Proceso de la víctima por características del entorno y vulnerabilidades.	
<b>Indicadores positivos y negativos de recuperación ante suceso traumático.</b>	<b>Indicadores positivos</b>
	<b>Indicadores negativos</b>

<b>PLAN DE ATENCIÓN</b> NECESIDADES GENERALES DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA	
<b>NECESIDADES ESPECÍFICAS DE ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA</b> (basadas en el caso de estudio)	
<b>PLAN DE TRATAMIENTO</b> (basado en las necesidades identificadas e indicadores positivos y negativos)	
Plan breve 5 sesiones (1-2 Indicadores negativos)	Plan A 5 sesiones (3-4 Indicadores negativos)
Plan B 12 sesiones (7-10 Indicadores negativos)	

<b>PRONÓSTICO</b>
<b>OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL</b>
<b>MÉTODOS DE REPARACIÓN PSICOLÓGICA Y PSICO-SOCIALES</b>
Reparación a bienestar individual y su salud mental
Reparación a la perspectiva de vida
A nivel personal (estructura, personalidad, personalidad, personalidad) (estructura, personalidad, personalidad)
Reparación a la estructura, personalidad, personalidad



	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 17 de 34	

	FORMULARIO		
	INFORME DE ANÁLISIS PSICOJURÍDICO	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2023
Página 1 de 2			

**Informe de Análisis Psicojurídico**

Lugar y fecha:  
 Denio:  
 Número de expediente:

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. Lugar y fecha de nacimiento:  
 2.5. Nacionalidad:  
 2.6. DNI o pasaporte:  
 2.7. Estado civil:  
 2.8. Ingresos:  
 2.9. Escolaridad:  
 2.10. Ocupación u oficio:  
 2.11. Religión:

3) Objetivos:

4) Metodología y enfoque de análisis:

5) Resultados:

	FORMULARIO		
	INFORME DE ANÁLISIS PSICOJURÍDICO	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2023
Página 1 de 2			

ANÁLISIS TÉCNICO PSICOJURÍDICO
HALLAZGO NO. 1
REFERENTE TÉCNICO Y/O TEÓRICO
COMENTARIO/RECOMENDACIÓN


ANÁLISIS TÉCNICO PSICOJURÍDICO
HALLAZGO NO. 2
REFERENTE TÉCNICO Y/O TEÓRICO
COMENTARIO/RECOMENDACIÓN


6) Análisis enfocado a temas solicitados:

7) Conclusiones:

8) Bibliografía:

Firma y Sello

	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 18 de 34

	FORMULARIO		
	AMPLIACIÓN DE INFORME PSICOLÓGICO		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
PÁGINA 18 DE 34			

**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):**

	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 19 de 34

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>NOTA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA</b>		
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁGINA: 1 DE 1

**NOTA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA<sup>1</sup>**

Fecha: \_\_\_\_\_ Caso No: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ No. Sesión: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

**S= SUBJETIVO:** (Síntomas de lo que el paciente refiere, queja principal, dolor crónico, gravedad etcétera)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**O= OBJETIVO:** (Examen mental al momento de la sesión)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A= ANALISIS/VALUACIÓN:** (Análisis = objetivo + subjetivo. Diagnóstico e impresión diagnóstica, análisis de pruebas, conductas problemáticas relevantes, recursos, retrocesos etcétera)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**P= PLAN:** (La técnica y/o procedimientos utilizados o los temas desarrollados, conforme al plan psicoterapéutico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**R= PLAN:** (Recomendaciones y seguimiento, conforme al plan psicoterapéutico y/o las necesidades que surjan)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sello: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Incluye datos de identificación y procedimientos, número de sesión, evaluación, recomendaciones etcétera





<div> <div>INSTITUTO DE LA VICTIMA</div> </div>	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 21 de 34

VICTIMA			
INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA			
FECHA DE ELABORACIÓN	FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN

**INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA**

Nº de caso: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de creación: \_\_\_\_\_

1) Datos del colaborante

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2) Datos personales generales de la víctima

2.1. Número de caso: \_\_\_\_\_

2.2. Edad: \_\_\_\_\_

2.3. Sexo: \_\_\_\_\_

2.4. Fecha: \_\_\_\_\_

2.5. Nacionalidad: \_\_\_\_\_

2.6. Estado civil: \_\_\_\_\_

2.7. Otro dato relevante referido por la víctima: \_\_\_\_\_

2.8. Educación: \_\_\_\_\_

2.9. Ocupación: \_\_\_\_\_

2.10. Religión: \_\_\_\_\_

3) Objetivos

4) Metodología e instrumentos

VICTIMA			
INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA			
FECHA DE ELABORACIÓN	FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN

4) Antecedentes

4.1. Antecedentes de consumo y abuso: \_\_\_\_\_

4.2. Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

4.3. Antecedentes académicos: \_\_\_\_\_

4.4. Antecedentes laborales: \_\_\_\_\_

4.5. Antecedentes sociales: \_\_\_\_\_

4.6. Antecedentes de recursos de apoyo o apoyo: \_\_\_\_\_

4.7. Antecedentes psicológicos (o salud mental): \_\_\_\_\_

4.8. Antecedentes médicos y quirúrgicos: \_\_\_\_\_

4.9. Antecedentes médicos: \_\_\_\_\_

4.10. Antecedentes de uso de alcohol o drogas: \_\_\_\_\_

4.11. Antecedentes legales: \_\_\_\_\_

5) Dinámica familiar

6) Historia del hecho y dinámica de victimización

7) Impacto psicológico de los hechos

7.1. Descripción: \_\_\_\_\_

7.2. Establecimiento del daño psicológico: \_\_\_\_\_

7.3. Establecimiento del daño a largo plazo: \_\_\_\_\_

7.4. Establecimiento de riesgos y vulnerabilidades: \_\_\_\_\_

8) Examen mental

9) Plan de atención psicológica

9.1. Necesidades generales de atención: \_\_\_\_\_

9.2. Necesidades específicas de atención: \_\_\_\_\_

9.3. Atención psicológica prestada (en caso de tenerla): \_\_\_\_\_

10) Análisis y conclusiones


10.4. Análisis y conclusiones sobre los hechos y su 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 requieran para la atención: \_\_\_\_\_

11) Bibliografía

	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 22 de 34

	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE CIERRE DE CASO		
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁGINA 1 DE 1

**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 evaluación**

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.

**IV. Motivo de cierre**


Explicar las acciones realizadas, llamadas telefónicas, fechas, seguimiento llevado a cabo y razones por las cuales se suspende la atención, por ejemplo: "Refiere que está recibiendo terapia psicológica en el Centro de Salud de Villa Nueva".

\_\_\_\_\_  
Psicólogo(a) Titular

Revisado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 24 de 34

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA			
ACUERDO TERAPEUTICO PARA ADULTOS			
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 24 de 34

**ACUERDO TERAPEUTICO PARA ADULTOS**

Para el Instituto de la Víctima y el Departamento de Psicología, es importante trabajar en su recuperación emocional, por lo que, es necesario 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) El/la profesional a cargo del caso, determinará el plan de tratamiento según las necesidades observadas.
- 4) 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 cómodo/a.
- 5) Si necesita cancelar la sesión programada, deberá dar aviso con un mínimo de 24 a 48 horas de anticipación al psicoterapeuta asignado/a, a través del medio de comunicación acordado.
- 6) Es importante que mantenga actualizado/s 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.
- 7) Si necesita hacer una pausa en el proceso terapéutico, hágaselo 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.
- 8) 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, sin responsabilidad del profesional.
- 9) Por medio del presente acuerdo, libero al Instituto de la Víctima y a los profesionales que me están brindando atención psicológica, de cualquier acción que realice en contra de mi integridad física o en contra de otras personas.

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


YO: \_\_\_\_\_


DPEPASAPORTE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE TERAPEUTA: \_\_\_\_\_



	PROCEDIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 25 de 34

				<b>FORMULARIO</b> <b>ACUERDO TERAPÉUTICO PARA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y PERSONAS ADULTAS QUE NECESITEN REPRESENTACIÓN LEGAL</b> CÓDIGO: DPS-PRO-1   VERSIÓN: 3   FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023   PÁGINA: 1 DE 1			
---	--	--	--	--	--	--	--

**ACUERDO TERAPÉUTICO PARA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y PERSONAS ADULTAS QUE NECESITEN REPRESENTACIÓN LEGAL<sup>1</sup>**

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) El/la profesional a cargo del caso, determinará el plan de tratamiento según las necesidades observadas.
- 4) 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/o.
- 5) Si necesita cancelar la sesión programada, deberá dar aviso con un mínimo de 24 a 48 horas de anticipación a la psicoterapeuta asignada/a, a través del medio de comunicación acordado.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) Derivado de la alta demanda del servicio, es necesario hacer de su conocimiento que después de tres (3) meses de servicio, se dará por cerrado el proceso de terapia de la persona a su cargo, sin responsabilidad del profesional.
- 9) Por medio del presente acuerdo, libera al Instituto de la Víctima y a los profesionales que me están brindando atención psicológica al niño, niña, adolescente y/o persona adulta a mi cargo, de cualquier acción que el niño, niña, adolescente y/o persona adulta a mi cargo realice en contra de su integridad física o en contra de otras personas.

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

YO: \_\_\_\_\_


DPS/PASAPORTE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_


LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_


NOMBRE TERAPÉUTA: \_\_\_\_\_


<sup>1</sup> Si me o me voy a ir a otro país, debo aceptar, permito aceptar, que si necesito una ayuda de emergencia, me comunico con el número de emergencia de la policía, bomberos, ambulancia, o cualquier otro número de emergencia que me sea necesario.



	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 27 de 34

	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA</th> </tr> <tr> <td>FORMA DE ATENCIÓN</td> <td>FORMA DE ATENCIÓN</td> <td>FORMA DE ATENCIÓN</td> <td>FORMA DE ATENCIÓN</td> </tr> </table>	INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA				FORMA DE ATENCIÓN	FORMA DE ATENCIÓN	FORMA DE ATENCIÓN	FORMA DE ATENCIÓN
INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA									
FORMA DE ATENCIÓN	FORMA DE ATENCIÓN	FORMA DE ATENCIÓN	FORMA DE ATENCIÓN						
<p><b>INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA</b></p> <p>Nº de caso: _____</p> <p>Lugar y fecha de emisión: _____</p>									
<p><b>1) Datos del colaborante</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p>									
<p><b>2) Datos Personales Generales de la Víctima</b></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 Otro tipo de referido por la víctima: _____</p> <p>1.8 Idioma: _____</p> <p>1.9 Escolaridad: _____</p> <p>1.10 Ocupación: _____</p> <p>1.11 Religión: _____</p>									
<p><b>3) Objetivos</b></p>									
<p><b>4) Metodología</b></p>									
<p><b>5) Antecedentes</b></p> <p>5.1 Antecedentes de comportamiento y disciplina: _____</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 y familia: _____</p> <p>5.6 Antecedentes psicológicos y psiquiátricos: _____</p> <p>5.7 Antecedentes sexuales y sexualidad: _____</p> <p>5.8 Antecedentes médicos: _____</p> <p>5.9 Antecedentes de uso y abuso de sustancias: _____</p> <p>5.10 Antecedentes legales: _____</p>									
<p><b>6) Dinámica familiar</b></p>									
<p><b>7) Historia del hecho y dinámica de victimización</b></p>									
<p><b>8) Impacto psicológico de los hechos</b></p> <p>8.1 Diagnóstico: _____</p> <p>8.2 Estado emocional de dicho psicológico: _____</p> <p>8.3 Estado emocional de dicho psicológico: _____</p>									
<p><b>9) Examen mental</b></p>									
<p><b>10) Plan de atención psicológica</b></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><b>11) Medidas de reparación a nivel psicológico y psicoespiritual</b></p>									
<p><b>12) Análisis y conclusiones</b></p> <p>12.1 Análisis y conclusiones sobre los hechos y la dinámica de victimización: _____</p> <p>12.2 Análisis y conclusiones sobre el comportamiento de los hechos: _____</p> <p>12.3 Análisis y conclusiones sobre el plan de atención psicológica: _____</p> <p>12.4 Análisis y conclusiones sobre las medidas de reparación psicológica y psicoespiritual: _____</p> <p>12.5 Otros que se requieran por esta profesional: _____</p>									
<p><b>13) Bibliografía</b></p>									

	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 28 de 34

<b>FORMULARIO</b> <b>CONSTANCIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

**CONSTANCIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

Lugar y fecha:

Constancia No.

**A quien Interese:**

Reciba un respetuoso saludo del Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito. Por este medio, se le informa que la persona:

\_\_\_\_\_

recibió terapia psicológica, a cargo del profesional en psicología \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


No.	Atención:	Fecha:
1	Psicoterapia	

Agradeciendo su atención a la presente, me suscribo atentamente.

Sello y firma:





	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 30 de 34

INSTRUMENTO			
HOJA DE INDICADORES DE RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA			
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁG. 30 DE 34

#### HOJA DE INDICADORES DE RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre de Expediente:	Delito:		
Nombre de la Víctima:	Salud:	Sexo:	
Fecha de inicio de la atención:	Fecha de finalización de la atención:		


Este informe incluye características vinculadas a crímenes específicos para la valoración de la recuperación psicológica en las víctimas del delito. Marque con una equis (X) en aquellas características reportadas o detectadas durante el proceso terapéutico.

No.	CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA	CARACTERÍSTICAS VINCULADAS AL CRITERIO	Valoración (con la equis)	
			SI	NO
1	Bienestar emocional de la víctima: Disminución de síntomas psicológicos asociados al delito	Revisión de la adaptación.		
		Se evidencia un nivel de bienestar emocional y psicológico adecuado.		
		Se evidencia un nivel de bienestar emocional y psicológico adecuado.		
		Se evidencia un nivel de bienestar emocional y psicológico adecuado.		
2	Recuperación de la libertad y autonomía: Concientización de sus derechos y no discriminación	Se evidencia un nivel de libertad y autonomía adecuado.		
		Se evidencia un nivel de libertad y autonomía adecuado.		
		Se evidencia un nivel de libertad y autonomía adecuado.		
		Se evidencia un nivel de libertad y autonomía adecuado.		
3	Adaptación parcial o total al entorno: Implica el control de la víctima ante su entorno físico y social (familia, trabajo, comunidad)	Se evidencia un nivel de adaptación parcial o total al entorno.		
		Se evidencia un nivel de adaptación parcial o total al entorno.		
		Se evidencia un nivel de adaptación parcial o total al entorno.		
		Se evidencia un nivel de adaptación parcial o total al entorno.		
4	Respeto de las normas sociales o morales: Se evidencia un nivel de respeto de las normas sociales o morales.	Se evidencia un nivel de respeto de las normas sociales o morales.		
		Se evidencia un nivel de respeto de las normas sociales o morales.		
		Se evidencia un nivel de respeto de las normas sociales o morales.		
		Se evidencia un nivel de respeto de las normas sociales o morales.		

Un instrumento psicológico es el que tiene la victimología para valorar la vida, propiamente por el proceso terapéutico. Para efectos de esta valoración se debe considerar los niveles de recuperación psicológica en la víctima.

Sumado la  
Gestión

Nombre, firma y sello del profesional en Psicología

	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 31 de 34	

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA			
PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁGINA: 1 DE 1

**CONITANCIA PERSONAL DE MI DECISIÓN DE NO ACEPTAR LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL INSTITUTO PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO**

A través del presente, yo:

\_\_\_\_\_

Me identifico con (Documento Personal de identificación, con Código Único de identificación y pasaporte): \_\_\_\_\_, hago constar [mi voluntad de no aceptar la atención psicológica, que me ofrece el Instituto de la Víctima].

Motivo de la no aceptación de la atención psicológica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

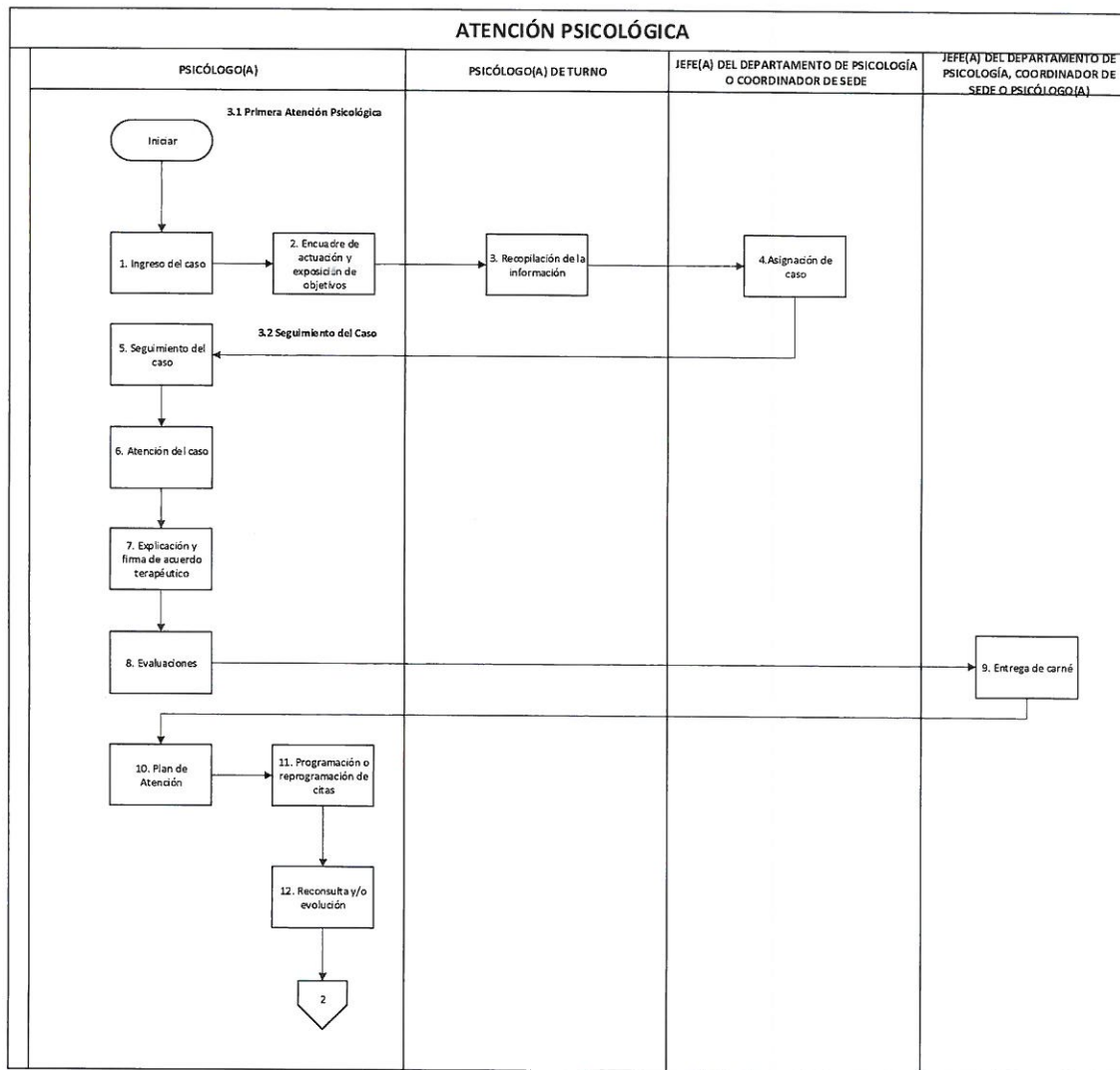
Firma: \_\_\_\_\_

Guatemala de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_


El presente documento es una copia impresa de un documento electrónico que se genera automáticamente al momento de la creación del documento. El presente documento es una copia impresa de un documento electrónico que se genera automáticamente al momento de la creación del documento.

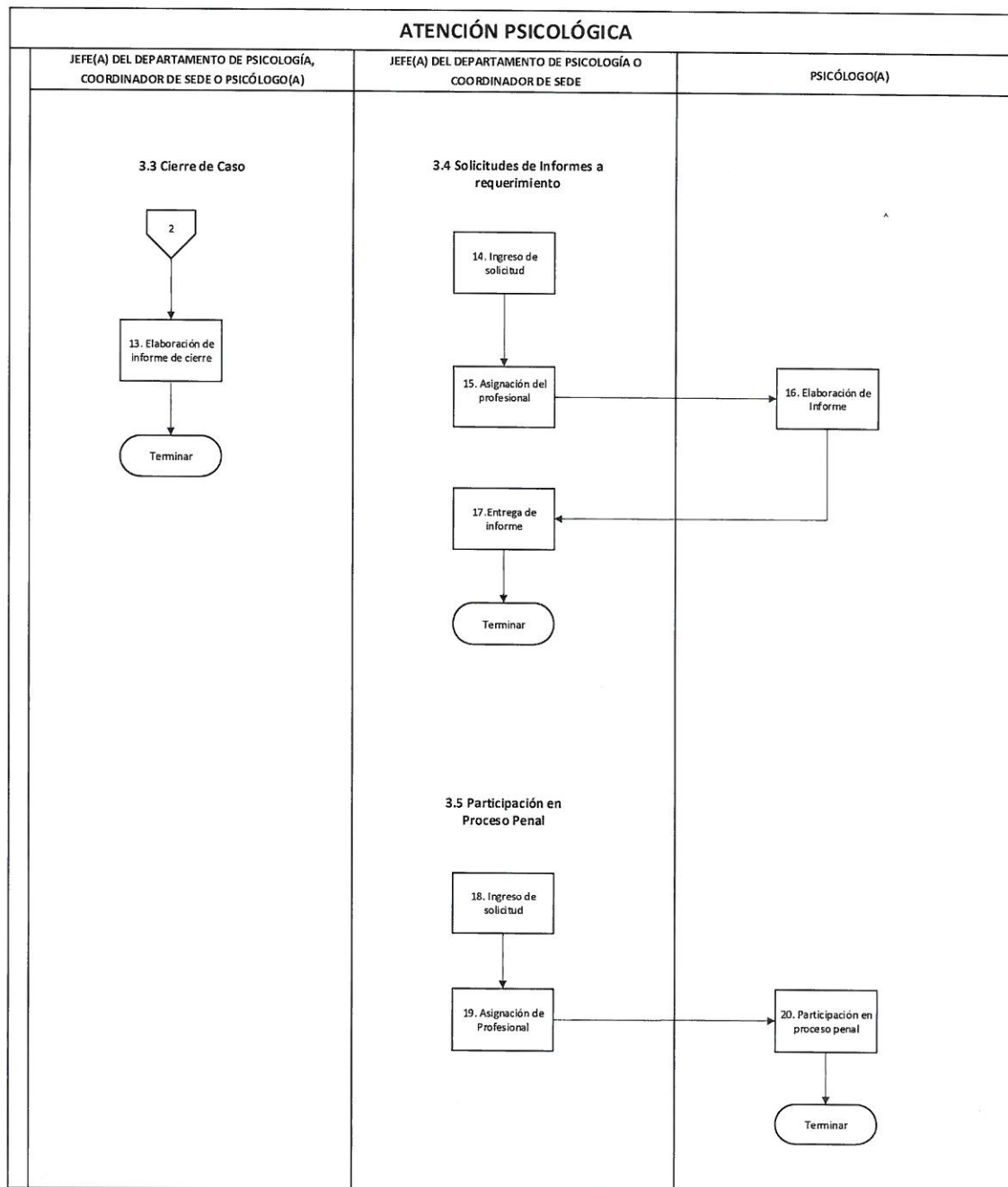
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	PROCEDIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 32 de 34


## FLUJOGRAMA






	PROCEDIMIENTO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 33 de 34



	PROCEDIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 34 de 34

## CONTROL DE CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES

NO. DE VERSIÓN	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIPO DE CAMBIO	MOTIVO DEL CAMBIO	APARTADOS MODIFICADOS	PÁGINAS AFECTADAS
3	08/09/2023	Mayor	Atender nuevos lineamientos de administración documental y aprobación de manual de procedimientos.	Carátula, cuadro de aprobación, descripción de actividades y responsables, documentos relacionados, anexos (formularios y flujograma) y se agregó el apartado de control de cambios y actualizaciones	1,2, 5-11, 17, 18, 26, 27 y 30-34

	FORMULARIO		
	FICHA DE PRIMERA ATENCIÓN		
	CÓDIGO: DSV-FOR-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
			PÁGINA: 1 DE 2

NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE

## FICHA DE PRIMERA ATENCIÓN

### 1. Información General

Lugar de la atención: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### 2. Datos Personales Generales

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_ DPI \_\_\_\_\_

Nombre del encargado(a) padre o tutor: \_\_\_\_\_ DPI \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_


Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Identidad de género: \_\_\_\_\_

Nivel de educación (último grado completado): \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

### 3. Breve historia del caso

	FORMULARIO			
	FICHA DE PRIMERA ATENCIÓN			
	CÓDIGO: DSV-FOR-1	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 2 DE 2

4. Observación clínica (Individual y/o familiar)

5. Tipo de atención que requiere

Psicología	Medicina	Psiquiatría	Trabajo Social	Otro:
------------	----------	-------------	----------------	-------

La atención la puede recibir en el Instituto de la Víctima 
☐ Sí ☐ No

Observaciones: \_\_\_\_\_

Días que le favorece la atención 

L	M	M	J	V
---	---	---	---	---

Horarios:

Observaciones \_\_\_\_\_


6. Actividades realizadas

7. Recomendaciones y/o seguimiento<sup>1</sup>

f) \_\_\_\_\_


<sup>1</sup> Anote cualquier riesgo y medidas de protección necesarias



	FORMULARIO			
	EXAMEN MENTAL			
	CÓDIGO: DPS-FOR-3	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 3

## EXAMEN MENTAL

DATOS GENERALES							
Nombre:							
Edad:							
Fecha:							
Profesional que lo realiza:							
DESCRIPCIONES GENERALES							
ASPECTO GENERAL		CONDUCTA CON EVALUADORA/OR		CONDUCTA MOTORA		Catatonía	
Peso		Cooperación		Estereotipada		Otras observaciones:	
Talla		Hostil		Lenta			
Arreglo		Tenso		Rápida			
Higiene		Evasivo/a		Compulsiones			
Discapacidades visibles		Inseguro/a		Estupor			
Contacto visual		Seductor/a		Temblor			
ORIENTACIÓN		CONCIENCIA				MEMORIA	
En el tiempo		Alerta		Coma		Remota	
En el espacio		Obnubilación				Reciente	
En Persona		Sopor				Aprender nuevas cosas	
Descripción:							

	FORMULARIO			
	EXAMEN MENTAL			
	CÓDIGO: DPS-FOR-3	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 2 DE 3

PENSAMIENTO							
CURSO		Pensamiento Laxo		Bradipsi-quiae inhibición		Ideas Obsesivas	
Circunstancial		Pensamiento ambivalente		CONTENIDO		Ideas paranoides	
Tangencial		Pensamiento Incoherente		Ideas concretas		Ideas fóbicas	
Parafasias		VELOCIDAD		Ideas supersticiosas		Ideas suicidas	
Pensamiento Concreto		Taquipsiquia		Ideas delirantes		Traumatogénicas	
Pensamiento tropel		Fuga de ideas		Ideas Sobrevaloradas		Autorreferencia	
LENGUAJE, AFECTO Y JUICIO							
LENGUAJE		ESFERA AFECTIVA		Ambivalencia		JUICIO	
Normal		Afectividad sintónica		Discordancia		Pobre	
Soliloquio		Tristeza		Irritabilidad		Acorde	
Taquilalia		Euforia		Aplanamiento		Ausente	
Bradilalia		Hipertimia		Labilidad		Interferido	
Verborrea		Disforia		Comentarios:		Comentarios:	
Otros		Ansiedad					
RELACIÓN							
HACIA SÍ MISMO/A		HACIA SÍ MISMO/A		HACIA SITUACIONES CRÍTICAS		MORAL Y RELIGIÓN	
Indulgente		Cohibido		Tolerancia a frustración		Comprometido	
Egocéntrico		Limpio		Tolerancia a pérdida		No comprometido	
Vano		Minucioso		Desilusiones		Crítico	
Histriónico		Escrupuloso		Insatisfacción de necesidades biológicas		Moderado	
Crítico		Negligente		Insatisfacción de necesidades sociales		Permisivo	



FORMULARIO  
EXAMEN MENTAL

CÓDIGO: DPS-FOR-3

VERSIÓN: 2

FECHA DE APROBACIÓN:  
15/02/2022

PÁGINA: 3 DE 3

Despectivo		Descuidado		Comentarios:	Escrupuloso	
Preocupado		Se autovalora			Conformista	
Comentarios:					Flexible	
					Rígido	

CASOS DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA: ETAPA EVOLUTIVA SEGÚN JEAN PIAGET

OTRAS OBSERVACIONES RELEVANTES





**FORMULARIO****INFORME DE EVOLUCIÓN Y ASISTENCIA A SESIONES TERAPÉUTICAS**

CÓDIGO: DPS-FOR-4

VERSIÓN: 2


FECHA DE APROBACIÓN:  
15/02/2022

PÁGINA: 2 DE 2

**INDICADORES DE RECUPERACIÓN****CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**


Datos del/la profesional que emite el informe:

Firma

	FORMULARIO			
	ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES			
	CÓDIGO: DPS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 1 de 9

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_  
 No. De expediente: \_\_\_\_\_

ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES				
DATOS PERSONALES GENERALES				
<p>Nota: Si el caso es interno, considerar completar la información personal general con los documentos que obren en los expedientes. Hay que considerar que la presente entrevista, puede no completarse en las primeras sesiones, sino a lo largo del abordaje del caso.</p>				
1. Nombre:				
2. Cómo le gusta que le llamen:				
3. Edad:				Meses:
4. Fecha de nacimiento:				
5. Nacionalidad:				
6. Estado Civil:				
7. Etnia:				
8. Idioma:				
9. Lugar de domicilio:				
10. Número de Teléfono:				
11. Escolaridad:				
12. Ocupación:				
13. Religión:				
Si es Niño, Niña o Adolescente referente a cuidadores				
NOMBRE DE PROGENITOR/A TUTOR/A	EDAD	TRABAJO	ESTUDIOS	OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

	FORMULARIO		
	ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES		
	CÓDIGO: DPS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 9

Recuerde realizar un consentimiento informado del uso de la información

## ANTECEDENTES

### ANTECEDENTES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

### ANTECEDENTES FAMILIARES


### ANTECEDENTES ACADÉMICOS

### ANTECEDENTES LABORALES

### ANTECEDENTES SOCIALES

### ANTECEDENTES DE RELACIONES DE PAREJA O NOVIAZGO



	FORMULARIO		
	ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES		
	CÓDIGO: DPS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 3 de 9

### ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

### ANTECEDENTES SEXUALES Y SEXUALIDAD


### ANTECEDENTES MÉDICOS

### ANTECEDENTES RELACIONADOS AL USO Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS

### ANTECEDENTES LEGALES

**DINÁMICA FAMILIAR: SI ES NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE, CONSIGNAR LAS DOS VERSIONES, LA DEL TUTOR/A Y LA DEL NNA.**




	FORMULARIO			
	ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES			
	CÓDIGO: DPS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 4 de 9


GENOGRAMA (SI APLICA)

**HISTORIA DEL HECHO Y DINÁMICA DE VICTIMIZACIÓN:**

Si es niño, niña o adolescente, consignar las dos versiones, la del tutor/a y la del NNA.

	FORMULARIO		
	ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES		
	CÓDIGO: DPS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 5 de 9

IMPACTO PSICOLÓGICO
<b>REGISTRO DE SIGNOS:</b> Malestar observable (por familia o por el profesional). Ejemplos: llanto incontrolado, sequedad de boca, hiperventilación, como otros indicadores de sufrimiento emocional (García. 2014. p. 67)
Reportados:
Detectados:
<b>REGISTRO DE SÍNTOMAS:</b> Forma subjetiva en que expresa su estado de malestar y no es observado de forma directa (García. 2014. p.67)
Reportados:
Detectados:
<b>FACTORES MEDIADORES DEL IMPACTO PSICOLÓGICO</b> (se complementan únicamente los detectados)
Percepción subjetiva del suceso:
Etapas del desarrollo:
Estrategias de afrontamiento

	FORMULARIO			
	ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES			
	CÓDIGO: DPS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 6 de 9

Factores Sociofamiliares Protectores:

Diagnóstico y comorbilidades:


#### ESTABLECIMIENTO DEL DAÑO PSICOLÓGICO

Malestar emocional o sufrimiento subjetivo expresado:

Pérdida de la libertad y autonomía:

Falta total o parcial de la adaptación al entorno:

Vulneración de normas sociales y morales:


	FORMULARIO		
	ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES		
	CÓDIGO: DPS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 7 de 9	

**ESTABLECIMIENTO DEL DAÑO AL PROYECTO DE VIDA** Afectación de planes a corto, mediano o largo plazo a partir de haber sido víctima o por contar con efectos traumáticos. Afectación de visión de sí misma/o ante sus vocaciones, potencialidades y aspiraciones futuras.

**RIESGOS Y/O VULNERABILIDADES** (Propios de la víctima, por características del victimario o por la relación que tenía con él)


Indicadores positivos y negativos de recuperación ante suceso traumático.	Indicadores positivos	Adherencia al tratamiento.	
		Adecuada relación biológica con el sueño y el apetito.	
		Expresa verbalmente los sentimientos.	
		Expresa efectos gestuales.	
		Adecuada cantidad y calidad de actividades placenteras.	
		Mira las situaciones con ojos nuevos.	
		Se interesa en actividades que hace cada día.	
		Se fija metas concretas que son posibles de conseguir.	
		Ayuda a los demás a tener conductas altruistas.	
	Indicadores negativos	Inestabilidad emocional previa al suceso traumático.	
		Ha sido expuesto a los estímulos traumáticos de forma intensa y prolongada.	
		Muestra embotamiento afectivo.	



	FORMULARIO		
	ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES		
	CÓDIGO: DPS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

		Ha sido hospitalizado por heridas relacionadas con el suceso traumático.	
		Ha padecido un trastorno ansioso-depresivo grave.	
		Muestra una mala capacidad de adaptación ante diferentes sucesos traumáticos.	
		Utiliza estrategias de afrontamiento inadecuadas.	
		Ha sido revictimizado o traumatizado en un período crítico del desarrollo.	
		Sentimientos de rabia u odio con intensos deseos de venganza.	
		Hacer caso omiso de prescripciones terapéuticas.	


PLAN DE ATENCIÓN			
NECESIDADES GENERALES DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA:			
NECESIDADES ESPECÍFICAS DE ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA: (basadas en el tipo de ofensa)			
PLAN DE TRATAMIENTO			
(Basado en las necesidades identificadas e indicadores positivos y negativos)			
Plan breve 5 sesiones (1-2 indicadores negativos)		Plan A 9 sesiones (3-6 indicadores negativos)	Plan B 12 sesiones (7-10 indicadores negativos)

	FORMULARIO		
	ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES		
	CÓDIGO: DPS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
Página 9 de 9			

PRONÓSTICO
OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL

MEDIDAS DE REPARACIÓN PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES	
Relacionadas a víctimas colaterales y su salud mental	
Relacionadas a su proyecto de vida	
A nivel psicosocial (contexto posibilitador, para su recuperación psicológica)	

Psicóloga (o) tratante  
FIRMA Y SELLO

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME DE ANÁLISIS PSICOJURÍDICO</b>		
	CÓDIGO: DPS-FOR-6	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/2/2022
			Página 1 de 2

## Informe de Análisis Psicojurídico

Lugar y fecha:

Delito:

Número de expediente:

### 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. Lugar y fecha de Nacimiento:
- 2.5. Nacionalidad:
- 2.6. DPI o pasaporte:
- 2.7. Estado civil:
- 2.8. Idioma:
- 2.9. Escolaridad:
- 2.10. Ocupación u oficio:
- 2.11. Religión:

### 3) Objetivos:

### 4) Metodología y enfoque de análisis:

### 5) Resultados:

**ANÁLISIS TÉCNICO PSICOJURÍDICO**

**HALLAZGO NO. 1**

**REFERENTE TÉCNICO Y/O TEÓRICO**

**COMENTARIO/ RECOMENDACIÓN**

**ANÁLISIS TÉCNICO PSICOJURÍDICO**

**HALLAZGO NO. 2**

**REFERENTE TÉCNICO Y/O TEÓRICO**

**COMENTARIO/ RECOMENDACIÓN**


6) Análisis enfocado a temas solicitados:

7) Conclusiones:

8) Bibliografía:

Firma y Sello



	FORMULARIO		
	AMPLIACIÓN DE INFORME PSICOLÓGICO		
	CÓDIGO: DPS-FOR-7	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

## 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):

	FORMULARIO		
	NOTA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-FOR-8	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

## NOTA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA<sup>1</sup>

Fecha inicio: \_\_\_\_\_ Caso No. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ No. Sesión: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

**S= SUBJETIVO:** (Síntesis de lo que el paciente refiere, queja principal, detonantes, gravedad etcétera)

---

---

---

---

---

**O= OBJETIVO:** (Examen mental al momento de la sesión)

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

**P= PLAN:** (La técnica y/o procedimientos utilizados o los temas desarrollados, conforme al plan psicoterapéutico)

---

---

---

---

---

**P= PLAN:** (Recomendaciones y/o seguimiento, conforme al plan psicoterapéutico y/o a las necesidades que surjan)

---

---


---

---

---

Sello \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

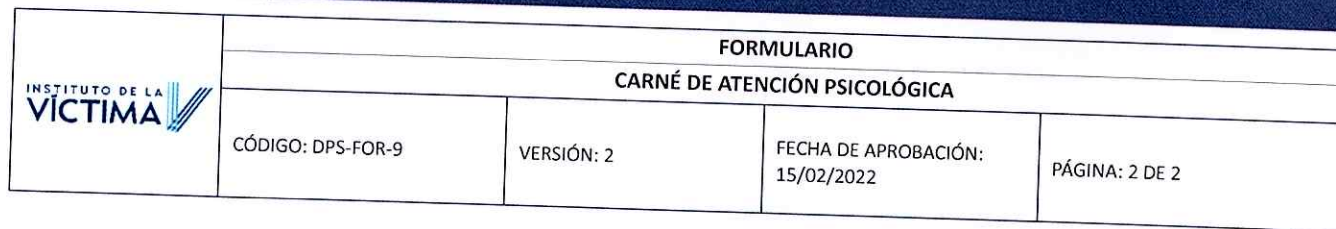
<sup>1</sup> Indicar fecha, describir técnicas y procedimientos, número de sesión, evolución, recomendaciones etcétera

	FORMULARIO		
	CARNÉ DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-FOR-9	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022


### CARNÉ DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

<b>OBSERVACIONES</b>

Nombres: _____
Apellidos: _____
Fecha de admisión en el Instituto de la Víctima _____
Psicóloga(o) tratante _____
Nota: Se ruega presentar esta tarjeta en la próxima consulta para ser atendido. Para reposición de carné, se ruega presentarse 30 minutos antes de su cita. Para cualquier información llamar al Tel. 2314-5800
<b>FAVOR CUIDAR ESTA TARJETA DE ASISTENCIA</b>

[illegible][illegible]



	FORMULARIO		
	INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-FOR-10	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

## INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA

No. de caso: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_

### 1) Datos del solicitante

Nombre:

Institución:

Fecha de solicitud:

### 2) Datos personales generales de la víctima

2.1. Nombre completo:

2.2. Edad:

2.3. Sexo:

2.4. Fecha:

2.5. Nacionalidad:

2.6. Estado civil:

2.7. Origen étnico referido por la víctima:

2.8. Idioma:


2.9. Escolaridad:

2.10. Ocupación:

2.11. Religión:

### 3) Objetivos

### 4) Metodología e instrumentos

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA</b>		
	CÓDIGO: DPS-FOR-10	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

## 5) 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:

## 6) Dinámica familiar

## 7) Historia del hecho y dinámica de victimización

## 8) Impacto psicológico de los hechos

- 8.1. Diagnóstico:
- 8.2. Establecimiento del daño psicológico:
- 8.3. Establecimiento del daño al proyecto de vida:
- 8.4. Establecimiento de riesgos y vulnerabilidades:

## 9) Examen mental


## 10) Plan de atención psicológica

- 10.1. Necesidades generales de atención detectadas:
- 10.2. Necesidades específicas de atención detectadas:
- 10.3. Atención psicológica prestada (sesiones, temas abordados y evolución):

## 11) Análisis y conclusiones

- 10.4. Análisis y conclusión sobre los hechos y su dinámica de victimización:
- 10.5. Análisis y conclusión sobre el impacto psicológico de los hechos:
- 10.6. Análisis y conclusión sobre el plan de atención psicológica:
- 10.7. (Otras que se crean necesarias por el/la profesional):

## 12) Bibliografía

	FORMULARIO		
	INFORME DE CIERRE DE CASO		
	CÓDIGO: DPS-FOR-11	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

## 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.*

### IV. Motivo de cierre


*Explicar las acciones realizadas, llamadas telefónicas, fechas, seguimiento llevado a cabo y razones por las cuales se suspende la atención, por ejemplo: "Refiere que está recibiendo terapia psicológica en el Centro de Salud de Villa Nueva".*

\_\_\_\_\_  
Psicóloga(o) tratante

Revisado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



	FORMULARIO		
	INFORME DE ATENCIÓN EN CRISIS		
	CÓDIGO: DPS-FOR-12	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022
PÁGINA: 1 DE 1			

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Tipo de delito: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

### INFORME DE ATENCIÓN EN CRISIS

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_ DPI/CUI: \_\_\_\_\_

Quién requiere la atención en crisis de la víctima (nombre y área)

\_\_\_\_\_

Tipo de atención brindada (describir): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉCNICA UTILIZADA	
ABRAZO DE LA MARIPOSA	
RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA	
ATENCIÓN FOCALIZADA EN LA RESPIRACIÓN	
MEDITACIÓN	
RESTAURACIÓN COGNITIVA POR EXTINCIÓN DEL PENSAMIENTO	
DESACTIVACIÓN EMOCIONAL	
DESCATASTROFICACIÓN	
CONTENCIÓN EMOCIONAL	
MÉTODO VAK	
TÉCNICA DE ANCLAJE	
AROMATERAPIA/MUSICOTERAPIA	
IMAGINACIÓN GUIADA	
OTRA	

Necesita traslado a psiquiatría SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Necesita traslado a psicología interna SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Observaciones:


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Profesional de Psicología  
Colegiado No. \_\_\_\_\_

Firma y sello



	FORMULARIO		
	ACUERDO TERAPÉUTICO PARA ADULTOS		
	CÓDIGO: DPS-FOR-16	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		PÁGINA: 1 DE 1	

## 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 necesario 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) El/la profesional a cargo del caso, determinará el plan de tratamiento según las necesidades observadas.
- 4) 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 cómodo/a.
- 5) Si necesita cancelar la sesión programada, deberá dar aviso con un mínimo de 24 a 48 horas de anticipación al psicoterapeuta asignado/a, a través del medio de comunicación acordado.
- 6) 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.
- 7) Si necesita hacer una pausa en el proceso terapéutico, hágaselo 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.
- 8) 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, sin responsabilidad del profesional.
- 9) Por medio del presente acuerdo, libero al Instituto de la Víctima y a los profesionales que me estén brindando atención psicológica, de cualquier acción que realice en contra de mi integridad física o en contra de otras personas.

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


YO: \_\_\_\_\_

DPI/PASAPORTE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE TERAPEUTA: \_\_\_\_\_



	FORMULARIO		
	ACUERDO TERAPÉUTICO PARA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y PERSONAS ADULTAS QUE NECESITEN REPRESENTACIÓN LEGAL		
	CÓDIGO: DPS-FOR-17	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		PÁGINA: 1 DE 1	

## ACUERDO TERAPÉUTICO PARA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y PERSONAS ADULTAS QUE NECESITEN REPRESENTACIÓN LEGAL<sup>1</sup>

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) El/la profesional a cargo del caso, determinará el plan de tratamiento según las necesidades observadas.
- 4) 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 cómodo/a.
- 5) Si necesita cancelar la sesión programada, deberá dar aviso con un mínimo de 24 a 48 horas de anticipación al psicoterapeuta asignado/a, a través del medio de comunicación acordado.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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, sin responsabilidad del profesional.
- 9) Por medio del presente acuerdo, libero al Instituto de la Víctima y a los profesionales que me estén brindando atención psicológica al niño, niña, adolescente y/o persona adulta a mi cargo, de cualquier acción que el niño, niña, adolescente y/o persona adulta a mi cargo realice en contra de su integridad física o en contra de otras personas.

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


YO: \_\_\_\_\_

DPI/PASAPORTE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE TERAPEUTA: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Si es menor de edad o persona CON discapacidad, persona adulta mayor o que presente necesidad de apoyo, el consentimiento es firmado por la madre, padre, tutor o encargado del NNA, o por la persona acompañante de la víctima. En ese caso se coloca bajo la firma el parentesco o relación con la víctima.

	FORMULARIO		
	FICHA DE REFERENCIA INTERNA		
	CÓDIGO: DPS-FOR-18	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022

## FICHA DE REFERENCIA INTERNA

Lugar y fecha:

Número de expediente:

### 1. DATOS PERSONALES

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia actual: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### 2. ÁREA A DONDE SE REFIERE PARA CONTINUAR CON LA ATENCIÓN DENTRO DEL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA

Medicina ☐ Psiquiatría ☐ Trabajo social ☐ otro ☐

### 3. MOTIVO - REFERENCIA

---



---



---



---




---

Profesional de Psicología que refiere  
Colegiado No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello



	FORMULARIO			
	INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-FOR-19	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 2

## INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA

No. de caso: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_

### 1) Datos del solicitante

Nombre:

Institución:

Fecha de solicitud:

### 2) Datos Personales Generales de la Víctima

- 1.1 Nombre completo:
- 1.2 Edad:
- 1.3 Sexo:
- 1.4 Fecha:
- 1.5 Nacionalidad:
- 1.6 Estado civil:
- 1.7 Origen étnico referido por la víctima:
- 1.8 Idioma:
- 1.9 Escolaridad:
- 1.10 Ocupación:
- 1.11 Religión:


### 3) Objetivos

### 4) Metodología

### 5) Antecedentes

- 5.1. Antecedentes de crecimiento y desarrollo:
- 5.2. Antecedentes académicos:
- 5.3. Antecedentes laborales:
- 5.4. Antecedentes sociales:
- 5.5. Antecedentes de relaciones de pareja o noviazgo:
- 5.6. Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos:
- 5.7. Antecedentes sexuales y sexualidad:
- 5.8. Antecedentes médicos:
- 5.9. Antecedentes de uso y/o abuso de sustancias:
- 5.10. Antecedentes legales:



	FORMULARIO			
	INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA			
	CÓDIGO: DPS-FOR-19	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 2 DE 2

**6) Dinámica familiar**

**7) Historia del hecho y dinámica de victimización**

**8) Impacto psicológico de los hechos**

- 8.1. Diagnóstico:
- 8.2. Establecimiento del daño psicológico:
- 8.3. Establecimiento del daño al proyecto de vida:

**9) Examen mental**

**10) Plan de atención psicológica**


- 10.1. Necesidades generales y específicas detectadas:
- 10.2. Atención psicológica prestada:
- 10.3. Indicadores de avances de atención psicológica:

**11) Medidas de reparación a nivel psicológico y psicosocial**

**12) Análisis y conclusiones**

- 12.1. Análisis y conclusión sobre los hechos y su dinámica de victimización:
- 12.2. Análisis y conclusión sobre el impacto psicológico de los hechos:
- 12.3. Análisis y conclusión sobre el plan de atención psicológica:
- 12.4. Análisis y conclusión sobre las medidas de reparación psicológicas y psicosociales:
- 12.5. (Otras que se crean necesarias por el/la profesional)

**13) Bibliografía**

	FORMULARIO		
	CONSTANCIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-FOR-20	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		PÁGINA: 1 DE 1	

## CONSTANCIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Lugar y fecha:

Constancia No.

### A quien interese:

Reciba un respetuoso saludo del Instituto para la Asistencia y Atención a la Víctima del Delito. Por este medio, se le informa que la persona:

\_\_\_\_\_,  
recibió terapia psicológica, a cargo del profesional en psicología \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.


No.	Atención:	Fecha:
1	Psicoterapia	

Agradeciendo su atención a la presente, me suscribo atentamente,

Sello y firma:





	FORMULARIO		
	FICHA DE INDICADORES DE RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-FOR-22	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

### FICHA DE INDICADORES DE RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA

Número de Expediente:	Delito:		
Nombre de la Víctima:	Edad:	Sexo:	
Fecha de inicio de la atención:	Fecha de finalización de la atención:		

Este informe incluye características vinculadas a criterios específicos para la valoración de la recuperación psicológica en las víctimas del delito. Marque con una equis (X) en aquellas características reportadas o detectadas durante el proceso terapéutico.

No.	CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA	CARACTERÍSTICAS VINCULADAS AL CRITERIO	¿CUMPLE CON EL CRITERIO?	
			SÍ	NO
1	Bienestar emocional de la víctima: <i>Equilibrio emocional con relación al hecho</i>	Recuperación de la autoestima.		
		Es capaz de controlar los sentimientos/emociones asociadas a los recuerdos traumáticos.		
		La memoria del acontecimiento narrativo no le genera malestar emocional significativo		
		Los síntomas de estrés están dentro de los límites controlables.		
2	Recuperación de la libertad y autonomía: <i>Desarrollo de las actividades y su disfrute</i>	Se relaciona e involucra en su entorno sin miedo/temor.		
		Orienta y fortalece su proyecto de vida.		
		Posee estrategias de afrontamiento adecuadas.		
		Reconoce sus habilidades y cualidades.		
3	Adaptación parcial o total al entorno: <i>Implica el reajuste de la víctima con su medio habitual (familiar, laboral e interpersonal).</i>	Retoma la realización de sus actividades cotidianas.		
		Retoma sus estudios/trabajo.		
		Cuenta con una red de apoyo – Adecuada dinámica familiar.		
		Manifiesta indicadores de resiliencia.		
4	Respeto de las normas sociales o morales: <i>Supone la manifestación de conductas que no interfieren en la relación social de la víctima.</i>	Identifica factores de vulnerabilidad y/o riesgo.		
		Manifiesta conductas socialmente aceptadas.		
		Socializa y comparte con sus pares, sin problema alguno.		
		Ha construido un sistema coherente de significados y creencias alrededor de la historia del trauma.		


La recuperación psicológica es el avance que tiene la víctima en las capacidades para retomar su vida, propiciadas por el proceso terapéutico. Para efecto de este informe, se valorará dicho avance cuando la sumatoria de las características vinculadas al criterio no sea menor a 12 puntos. Por lo que, el cumplimiento de cada criterio tiene el valor de 1.0 punto.

Sumatoria  
General

--

Nombre, firma y sello del profesional en Psicología



	FORMULARIO		
	DESISTIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
	CÓDIGO: DPS-FOR-23	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

**CONSTANCIA PERSONAL DE MI DECISIÓN DE NO ACEPTAR LA ATENCIÓN  
PSICOLÓGICA DEL INSTITUTO PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL  
DELITO**

A través del presente, yo:

\_\_\_\_\_

Me identifico con (Documento Personal de Identificación, con Código Único de Identificación / pasaporte): \_\_\_\_\_, hago constar mi voluntad de no aceptar la atención psicológica, que me ofrece el Instituto de la Víctima<sup>1</sup>.

Motivo de la no aceptación de la atención psicológica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Guatemala \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

<sup>1</sup> Si es menor de edad o persona CON discapacidad, persona adulta mayor o que presente necesidad de apoyo, el desistimiento es firmado por la madre, padre, tutor o encargado del NNA, o por la persona acompañante de la víctima. En ese caso se coloca bajo la firma el parentesco o relación con la víctima.




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

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS**

**VERSIÓN 3**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2023

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE		
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 14

Vigencia: 22/09/2023	Código: DM-PRO-1	Elaboración: 25/08/2023
----------------------	------------------	-------------------------


**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 Julian 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 y Aprobado por:	Lic. David Antonio Monterroso Fuentes Director de Servicios Victimológicos	



	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE		
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 3 de 14

## 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.




	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE		
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 4 de 14

### 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
<b>3.1 ATENCIÓN MÉDICA URGENTE</b>			
1.	<b>Ingreso de la persona y/o víctima</b>	Persona Designada	Brinda acompañamiento a la persona y/o víctima a la clínica médica.
2.	<b>Toma de signos vitales</b>	Médico/ 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 <b>Formulario de Nota de Evolución DM-FOR-7</b>. Si la víctima es de primera atención, se anota en la <b>Ficha Clínica DM-FOR-5</b>.</p> <p><b>Nota 1:</b> Si es niño, niña o adolescente en primera atención, se utiliza el Formulario de <b>Historia Clínica Pediátrica DM-FOR-3</b>.</p>
3.	<b>Realización de intervenciones urgentes</b>	Médico	Revisa a la víctima y a partir de los hallazgos, realiza las intervenciones urgentes posibles.
4.	<b>Continuidad de asistencia y/o atención/ referencia externa</b>	Médico	<p>Solicita a la persona designada que acompañe a la víctima para la continuidad de su asistencia y/o atención luego de estabilizar a la víctima.</p> <p><b>Nota 2:</b> 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 <b>Ficha de Referencia Médica y/o Psiquiátrica DM-FOR-13</b>.</p>
5.	<b>Registro de información en expediente</b>	Médico	Registra la información en la <b>Nota de Evolución DM-FOR-7</b> , <b>Ficha Clínica DM-FOR-5</b> , <b>Ficha de Atención Psiquiátrica DM-FOR-4</b> o <b>Historia Clínica Pediátrica DM-FOR-3</b> .
6.	<b>Registro de información en sistema informático</b>	Médico	<p>Registra la información de la víctima atendida en el sistema informático.</p> <p>Finaliza el procedimiento.</p>

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE		
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 5 de 14

## 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-3 Formulario Historia Clínica Pediátrica
- 4.2.5 DM-FOR-4 Formulario Ficha de Atención Psiquiátrica
- 4.2.6 DM-FOR-5 Formulario Ficha Clínica
- 4.2.7 DM-FOR-7 Formulario Nota de Evolución
- 4.2.8 DM-FOR-13 Formulario Ficha de Referencia Médica y/o Psiquiátrica

### 4.3 Documentos externos

No aplica


	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE		
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

Página 6 de 14

## 5. ANEXOS


Formulario de Registro de Atendimiento Psiquiátrico				
VICTIMA	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENDIMIENTO	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA DE ACTUACIÓN
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nombre: _____</span> <span>Apellido: _____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Edad: _____</span> <span>Sexo: _____</span> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nombre: _____</span> <span>Apellido: _____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Edad: _____</span> <span>Sexo: _____</span> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nombre: _____</span> <span>Apellido: _____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Edad: _____</span> <span>Sexo: _____</span> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nombre: _____</span> <span>Apellido: _____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Edad: _____</span> <span>Sexo: _____</span> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nombre: _____</span> <span>Apellido: _____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Edad: _____</span> <span>Sexo: _____</span> </div> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <b>Historia Clínica de la enfermedad actual</b> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Psiquiátrica</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Social</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Familiar</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Personal</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Social</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Familiar</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Personal</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Social</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Familiar</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Personal</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Social</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Familiar</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Personal</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Social</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Familiar</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Personal</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Social</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Familiar</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Personal</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> </div> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Historia de Enfermedad Social</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Inicio de síntomas: _____</p> <p>Evolución: _____</p> <p>Tratamiento: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Último episodio: _____</p> <p>Estado actual: _____</p> <p>Tratamiento actual: _____</p> </div> &lt;/</div></div>				




	PROCEDIMIENTO			
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE			
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 7 de 14

<p><b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b></p> <p><b>FORMULARIO DE REGISTRO DE VÍCTIMAS</b></p> <p><b>IDENTIFICACIÓN PERSONAL</b></p> <p>Nombre y Apellido: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Profesión: _____</p> <p>Antecedentes Personales y Familiares</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Parentesco</th> <th>Nombre y Apellido</th> <th>Fecha de Nacimiento</th> <th>Sexo</th> <th>Estado Civil</th> <th>Profesión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Padre</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Madre</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hijos</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Parentesco	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión	Padre	_____	_____	_____	_____	_____	Madre	_____	_____	_____	_____	_____	Hijos	_____	_____	_____	_____	_____	<p><b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b></p> <p><b>FORMULARIO DE REGISTRO DE VÍCTIMAS</b></p> <p><b>IDENTIFICACIÓN PERSONAL</b></p> <p>Nombre y Apellido: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Profesión: _____</p> <p><b>CONTEXTO DE LOS HECHOS</b></p> <p>¿Dónde ocurrió el hecho? _____</p> <p>¿A qué hora ocurrió el hecho? _____</p> <p>¿Con quién estaba usted cuando ocurrió el hecho? _____</p> <p>¿Qué estaba haciendo cuando ocurrió el hecho? _____</p> <p>¿Qué sintió cuando ocurrió el hecho? _____</p> <p>¿Qué consecuencias tuvo el hecho? _____</p> <p>¿Qué acciones tomó después del hecho? _____</p> <p>¿Qué apoyo recibió después del hecho? _____</p> <p>¿Qué servicios recibió después del hecho? _____</p> <p>¿Qué otros datos importantes desea registrar? _____</p>	<p><b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b></p> <p><b>FORMULARIO DE REGISTRO DE VÍCTIMAS</b></p> <p><b>IDENTIFICACIÓN PERSONAL</b></p> <p>Nombre y Apellido: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Profesión: _____</p> <p><b>SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL</b></p> <p>¿Vive con su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene hermanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene otros familiares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b></p> <p>¿Tiene ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene otros recursos económicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>RIESGO LEGAL</b></p> <p>¿Tiene antecedentes penales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene antecedentes de violencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene otros antecedentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>CONSEJERÍA</b></p> <p>¿Necesita consejería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Qué tipo de consejería necesita? _____</p> <p>¿Dónde desea recibir la consejería? _____</p> <p>¿Cuándo desea recibir la consejería? _____</p>
Parentesco	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión																					
Padre	_____	_____	_____	_____	_____																					
Madre	_____	_____	_____	_____	_____																					
Hijos	_____	_____	_____	_____	_____																					



	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE		
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 8 de 14	

			
FORMULARIO			
FICHA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA			
CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 8 de 14

**PROGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**


Medicamento	Dosis

**PLAN DE MANEJO**

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PSIQUIATRA

PROPIETARIA CEN \_\_\_\_\_

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE		
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 9 de 14	

FORMULARIO			
FICHA CLÍNICA			
CÓDIGO DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 9 de 14

Número de caso urgente:  

Tipo de delito: \_\_\_\_\_

**FICHA CLÍNICA**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Profesional responsable: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ LGTBIQ+ \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES**

(Si o No y qué o a padre)

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipertensión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asmáticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otros	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

FORMULARIO			
FICHA CLÍNICA			
CÓDIGO DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 9 de 14

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Traumas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trastornos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	o. Condenas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Lesiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	PIA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Impulsos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Neurologicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	IS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ven	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Hábitos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

Menarquia: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_ Gestos: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ CEST: \_\_\_\_\_ Hijo/Vivo: \_\_\_\_\_  
 Abortos: \_\_\_\_\_ Hijo muere: \_\_\_\_\_ Antecedentes: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Cuid: \_\_\_\_\_  
 Menopausa: ☐ Si ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_ Cere regular: ☐ Si ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_  
 Tardanza de CACU (ginecología): IVA: AEN HPV: ☐ Si ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN POR SISTEMA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

**SEÑALES VITALES**

PIA	Temperatura	P.R.	P.C.	P.R.C.	Talla

Glucosa: \_\_\_\_\_ Oxímetro de Pulso: SpO2 \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE		
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 10 de 14

	FORMULARIO		
	PRIMA CLÍNICA		
CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 10 de 14

**EXAMEN FÍSICO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Piel y anexos: \_\_\_\_\_

Cabeza y cuello: \_\_\_\_\_

Ojos: \_\_\_\_\_

Boca: \_\_\_\_\_

Orofaringe: \_\_\_\_\_

Oídos: \_\_\_\_\_

Nariz: \_\_\_\_\_

Tórax: \_\_\_\_\_

Corazón: \_\_\_\_\_

Pulmones: \_\_\_\_\_

Abdomen: \_\_\_\_\_

Miembros superiores: \_\_\_\_\_

Miembros inferiores: \_\_\_\_\_

Columna: \_\_\_\_\_

Genitourinario: \_\_\_\_\_

Región anal: \_\_\_\_\_

Neurología: \_\_\_\_\_


**Laboratorios**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE		
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 11 de 14	

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA		FORMULARIO	
NOTA DE EVOLUCIÓN			
CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁGINA: 1 DE 1

NUMERO DE CASO O EXPEDIENTE

NOTA DE EVOLUCION

Fecha: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

Sexo	Edad	Estado Civil	Ocupación	Religión	Grupos	Letras
------	------	--------------	-----------	----------	--------	--------

Historia de la enfermedad/evolución

Exámenes

Plan de Tratamiento


Diagnóstico(s) final(es)

Observaciones

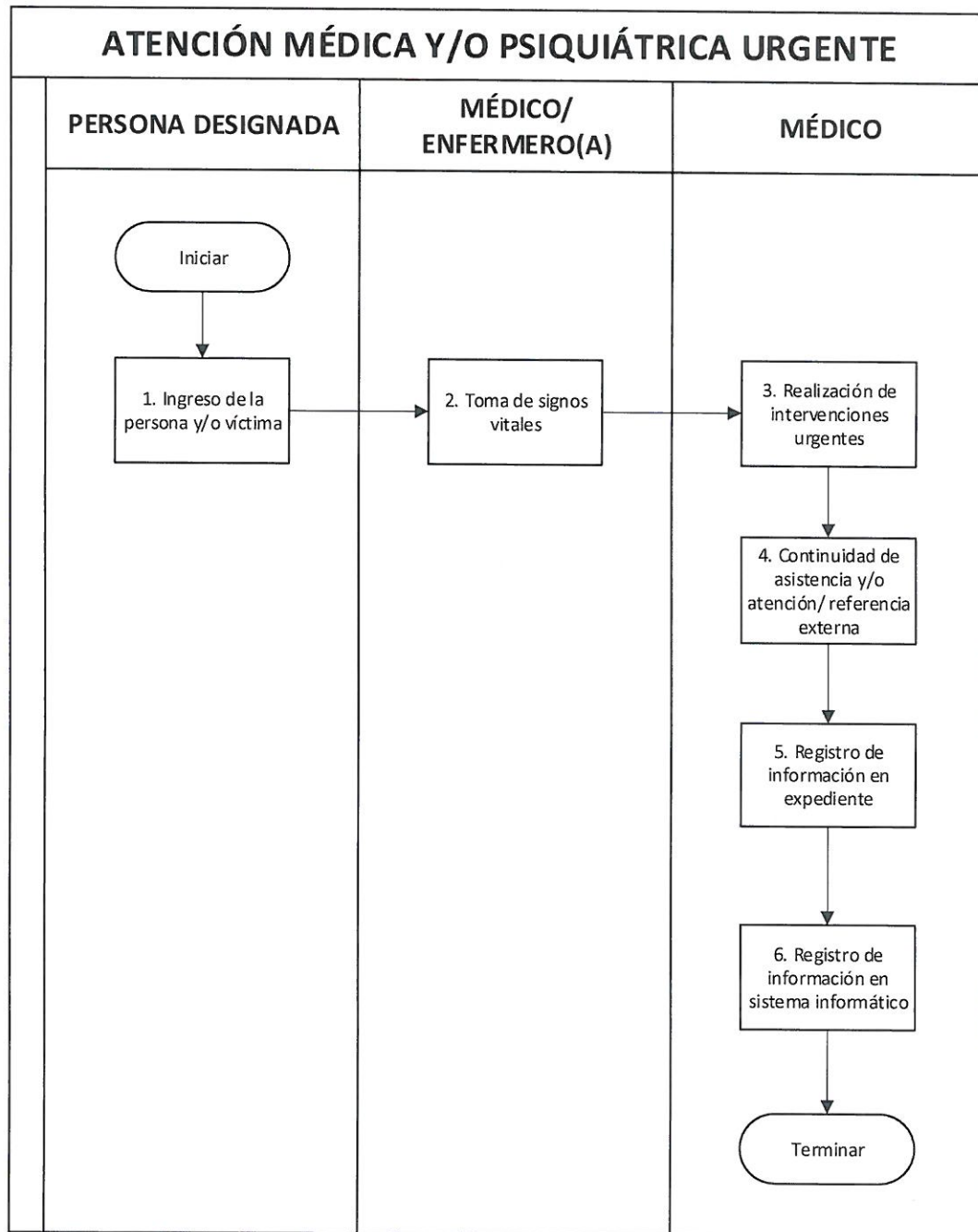
Procedencia controla: \_\_\_\_\_






	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE		
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 13 de 14

FLUJOGRAMA



	PROCEDIMIENTO			
	ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE			
	CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 14 de 14

## CONTROL DE CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES

NO. DE VERSIÓN	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIPO DE CAMBIO	MOTIVO DEL CAMBIO	APARTADOS MODIFICADOS	PÁGINAS AFECTADAS
3	08/09/2023	Mayor	Atender nuevos lineamientos de administración documental y aprobación de manual de procedimientos, y actualización de procedimientos con alineación al uso del sistema informático.	Carátula, cuadro de aprobación, propósito y alcance, glosario, descripción de actividades y responsables, documentos relacionados anexos, (flujograma) y se agregó control de cambios y actualizaciones	1, 2, 4, 6, 7, 12 y 14




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

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS**

**VERSIÓN 3**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2023



	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 23


Vigencia: 22/09/2023	Código: DM-PRO-2	Elaboración: 25/08/2023
----------------------	------------------	-------------------------

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 Julian 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 y Aprobado por:	Lic. David Antonio Monterroso Fuentes Director de Servicios Victimológicos	

	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 3 de 23

## 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.




	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 4 de 23

### 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
<b>3.1 EVALUACIÓN MÉDICA ÚNICA EN CASOS NO ADMISIBLES</b>			
1.	<b>Ingreso al usuario/víctima</b>	Persona Designada	Brinda acompañamiento a la víctima hacia la clínica médica.
2.	<b>Toma de signos vitales</b>	Médico / Enfermero (a)	Recibe a la víctima y toma los signos vitales para determinar su estado.
3.	<b>Realización de intervenciones necesarias</b>	Médico	Revisa a la víctima y a partir de los hallazgos, efectúa las intervenciones necesarias.
4.	<b>Examen Clínico Médico</b>	Médico	Realiza el Examen Clínico Médico, de ser necesario, se elabora la <b>Ficha de Referencia Médica y/o Psiquiátrica DM-FOR-13</b> , receta médica y se proporciona medicamento si hay en existencia.  <b>Nota 1:</b> Se refiere a través del Departamento de Trabajo Social.
5.	<b>Entrega y registro de medicamento</b>	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.
6.	<b>Registro de información</b>	Médico	Registra la información en la <b>Nota de Evolución DM-FOR-7</b> en sistema informático.
<b>3.2 EVALUACIÓN MÉDICA A VÍCTIMAS</b>			
7.	<b>Acompaña a la víctima</b>	Persona Designada	Da acompañamiento a la víctima al área medica.
8.	<b>Disponibilidad de agenda</b>	Médico / Enfermero (a)	Recibe Referencia Médica y verifica disponibilidad en agenda para atención inmediata.  Si hay disponibilidad de agenda en el Departamento, continúa en actividad 9.  No hay disponibilidad de agenda en el Departamento, programa fecha para su evaluación médica e informa a la víctima.  Finaliza procedimiento


	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 5 de 23

9.	<b>Ingreso de la Víctima</b>	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>
10.	<b>Información de atención médica y/o psiquiátrica</b>	Médico	<p>Informa a la víctima el propósito de la atención médica y/o psiquiátrica.</p>
11.	<b>Toma de signos vitales</b>	Médico / Enfermero (a)	<p>Recibe a la víctima y toma signos vitales. Si la víctima es de primera atención, se anota en la <b>Ficha Clínica DM-FOR-5</b> o <b>Ficha de Atención Psiquiátrica DM-FOR-4</b>.</p> <p><b>Nota 2:</b> Si es niño, niña o adolescente en primera atención, se utiliza el <b>Formulario de Historia Clínica Pediátrica DM-FOR-3</b>.</p> <p><b>Nota 3:</b> La Ficha de Atención Psiquiátrica se utiliza en víctimas mayores y menores de edad.</p>
12.	<b>Realización de intervenciones necesarias</b>	Médico	<p>Revisa a la víctima y a partir de los hallazgos, realiza las intervenciones necesarias.</p>
13.	<b>Examen Clínico Médico y/o Psiquiátrico</b>	Médico	<p>Realiza el Examen Clínico Médico y/o Psiquiátrico, y de ser necesario, se elabora la <b>Ficha de Referencia Médica y/o Psiquiátrica DM-FOR-13</b>, 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><b>Nota 4:</b> Si es niño, niña o adolescente en primera atención, se utiliza el Formulario de Historia Clínica Pediátrica.</p> <p><b>Nota 5:</b> Se refiere a través del Departamento de Trabajo Social.</p>
14.	<b>Entrega y registro de medicamento</b>	Médico / Enfermero (a)	<p>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.</p>



	PROCEDIMIENTO			
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA			
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 6 de 23

15.	Registro de información en sistema informático	Médico	<p>Registra la información en 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 o cierre.</p>
<b>3.3 RE-CONSULTA</b>			
16.	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> <p><b>Nota 6:</b> Cuando el paciente no asiste a su cita, se realiza el seguimiento y/o consulta por vía telefónica utilizando el <b>Formulario DM-FOR-12 Registro De Evolución / Seguimiento Médico Vía Telefónica</b></p>
17.	Toma de signos vitales	Médico / Enfermero (a)	Toma signos vitales y registra en la <b>Nota de Evolución DM-FOR-7</b> .
18.	Realización de intervenciones necesarias	Médico	Revisa a víctima y a partir de los hallazgos, realiza las intervenciones necesarias.
19.	Examen Clínico Médico y/o Psiquiátrico	Médico	<p>Realiza el Examen Clínico Médico y/o Psiquiátrico y se registra en <b>Nota de Evolución DM-FOR-7</b>, de ser necesario, se elabora la <b>Ficha de Referencia Médica y/o Psiquiátrica DM-FOR-13</b>, receta médica y se proporciona medicamento si hay en existencia. Registra en formulario <b>Nota de Evolución DM-FOR-7</b>.</p> <p><b>Nota 7:</b> Se refiere a través del Departamento de Trabajo Social.</p>
20.	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.
21.	Registro de información en sistema	Médico	Registra la información en sistema informático.

	PROCEDIMIENTO			
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA			
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 7 de 23

	informático		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 o cierre.
--	-------------	--	---

#### 3.4 CIERRE DE CASO


22.	Criterios para cierre de caso	Médico	<p>En el caso que la víctima deje de asistir por seis meses, se tenga información de su fallecimiento, mejoría clínica, rechazo de atención o migración, se procede a cerrar el caso utilizando el <b>Formato de Informe de Cierre de Caso DM-FOR-9</b>.</p> <p><b>Nota 8:</b> El cierre del caso se realiza, previo visto bueno de Dirección de Servicios Victimológicos o Coordinador (a) de Sede.</p>
-----	-------------------------------	--------	--

#### 3.5 SOLICITUDES DE INFORMES A REQUERIMIENTO

23.	Ingreso de solicitud	Director (a) de Servicios Victimológicos	Recibe la solicitud por escrito de Instituciones de Seguridad y Justicia o por abogados de la Dirección de Asistencia Legal, por el Sistema informático.
24.	Asignación de solicitud	Director (a) de Servicios Victimológicos / Coordinador (a) de Sede	Recibe la solicitud y asigna a través de sistema informático al profesional que elaborará el informe, según plazo establecido.
25.	Elaboración de informe	Médico	Elabora el informe y lo traslada al Director de Servicios Victimológicos / Coordinador de Sede para su recepción.
26.	Envío de Informe	Director (a) de Servicios Victimológicos / Coordinador (a) de Sede	Traslada el informe a donde fue solicitado.
27.	Archivo de documentos	Director (a) de Servicios Victimológicos / Coordinador (a) de Sede	Archivo de documentación.


#### 3.6 PARTICIPACIÓN EN PROCESO PENAL

28.	Ingreso de solicitud	Director (a) de Servicios Victimológicos / Coordinador (a)	Recibe la solicitud por escrito de Instituciones de Seguridad y/o Justicia o por abogados de la Dirección de Asistencia Legal, por el sistema informático.
-----	----------------------	--	--

	PROCEDIMIENTO			
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA			
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 8 de 23

		de Sede	
29.	<b>Asignación de profesional</b>	Director de Servicios Victimológicos / Coordinador (a) de Sede	Recibe la solicitud y asigna a través de sistema informático, al profesional que participará en el proceso penal.
30.	<b>Participación en proceso penal</b>	Médico	Participa en el proceso penal, realiza las diligencias necesarias que coadyuven a la reparación digna e integral.  Registra acciones en sistema informático.
31.	<b>Archivo de documentos</b>	Director (a) de Servicios Victimológicos / Coordinador (a) de Sede	Archiva documentación.  Finaliza el procedimiento.



	PROCEDIMIENTO			
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA			
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 9 de 23

## 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-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-7 Nota de Evolución
- 4.2.10 DM-FOR-9 Formato de Informe de Cierre de Caso
- 4.2.11 DM-FOR-12 Registro De Evolución / Seguimiento Médico Vía Telefónica
- 4.2.12 DM-FOR-13 Ficha de Referencia Médica y/o Psiquiátrica


### 4.3 Documentos externos


No aplica



[illegible][illegible]



	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 12 de 23

	FORMULARIO		
	FORMA DE ATENCIÓN PSYQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 12 de 23

**PROGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES

**PLAN DE MANEJO**

**COORDINACIÓN**


FIRMAS Y SELLO DEL MEDICO PSYQUIATRA


PROPIETARIO: \_\_\_\_\_







	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 15 de 23	

FORMULARIO	
NOTA DE EVOLUCIÓN	
	CÓDIGO: DM-PRO-2 VERSIÓN: 3 FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

NOMBRE DE CASO PRESENTE

NOTA DE EVOLUCIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Médico tratante: \_\_\_\_\_

Nombre	Apellido	Edad	Sexo	Profesión	Estado	Signos

Historia de la enfermedad/evolución:


Examen físico:

Tratamiento:

Diagnóstico y/o hallazgos:

Observaciones:

FIRMAS:

	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 16 de 23

INFORME DE CIERRE DE CASO			
CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 16 de 23

**INFORME DE CIERRE DE CASO**

**I. Datos Generales:**

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

**II. Motivo de Consulta:**  
Breve explicación del motivo de consulta:

**III. Impresión Clínica Final:**  
Explicar la impresión clínica identificada en la última cita:

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


Médico(a) y/o psiquiatra tratante:


Revisado:

Fecha:







	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 18 de 23




FORMULARIO			
FORM DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA			
CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 1 de 2




FORM DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA	
FORM DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA	
<p>Nombre de la víctima</p> <p>Apellido de la víctima</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>Profesión</p> <p>Religión</p> <p>Grupos de riesgo</p> <p>Historial de salud</p> <p>Historial de enfermedades</p> <p>Historial de lesiones</p> <p>Historial de tratamientos</p> <p>Historial de medicamentos</p> <p>Historial de hospitalizaciones</p> <p>Historial de internamientos</p> <p>Historial de fallecimientos</p> <p>Historial de otros eventos</p> <p>Historial de otros datos</p>	<p>Nombre de la víctima</p> <p>Apellido de la víctima</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>Profesión</p> <p>Religión</p> <p>Grupos de riesgo</p> <p>Historial de salud</p> <p>Historial de enfermedades</p> <p>Historial de lesiones</p> <p>Historial de tratamientos</p> <p>Historial de medicamentos</p> <p>Historial de hospitalizaciones</p> <p>Historial de internamientos</p> <p>Historial de fallecimientos</p> <p>Historial de otros eventos</p> <p>Historial de otros datos</p>



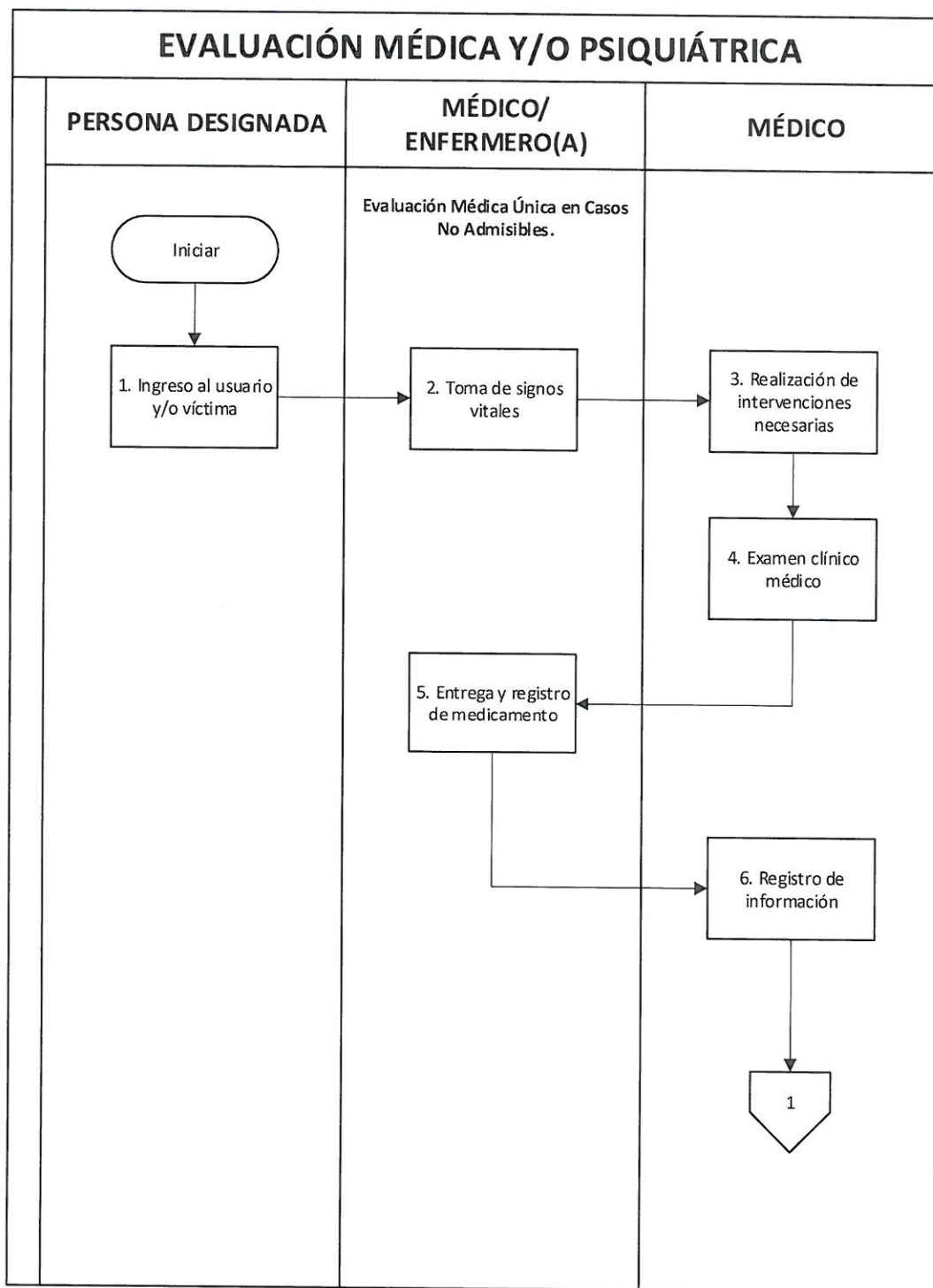
FORMULARIO			
FORM DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA			
CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 2 de 2



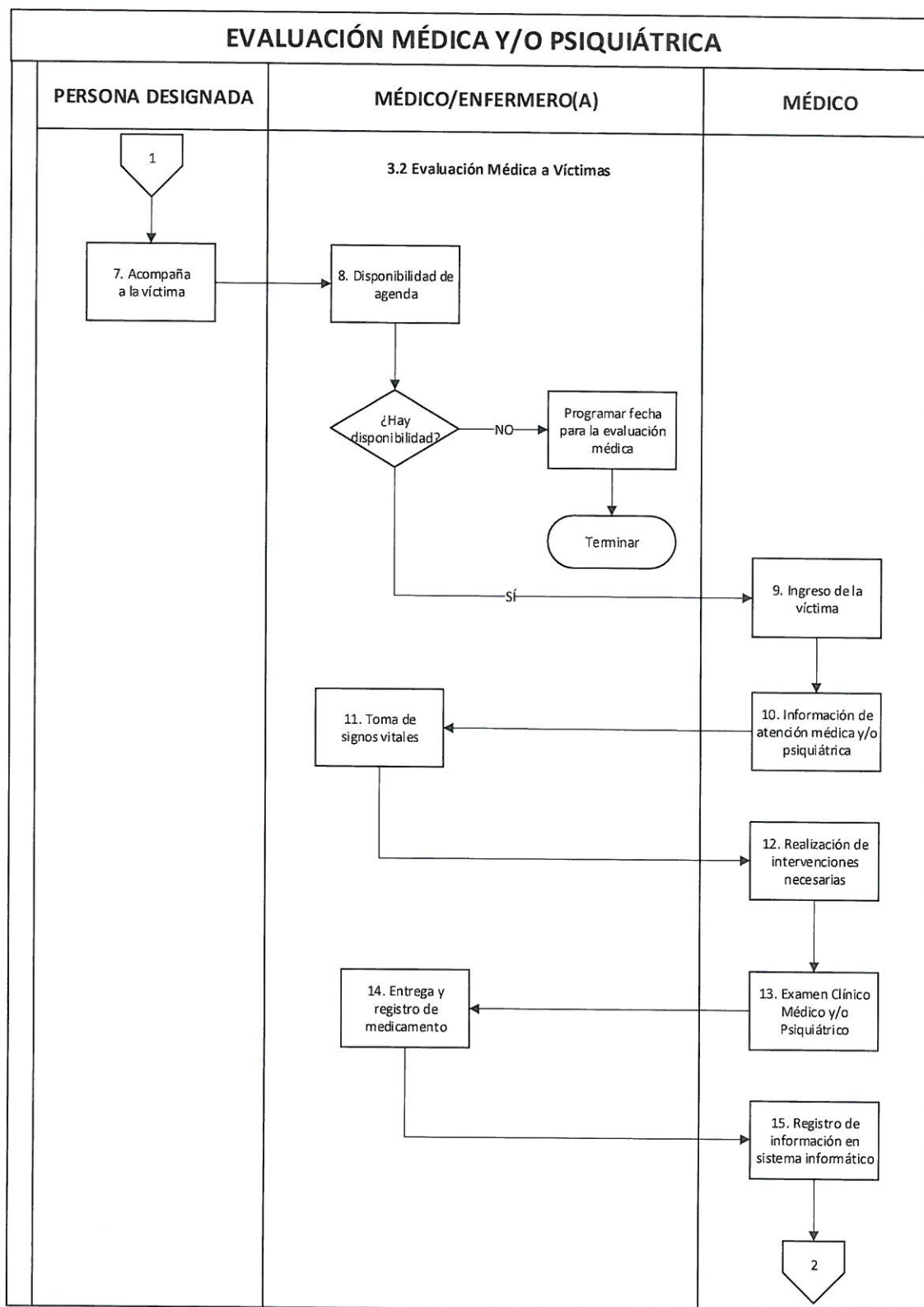
FORM DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA	
FORM DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA	
<p>Nombre de la víctima</p> <p>Apellido de la víctima</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>Profesión</p> <p>Religión</p> <p>Grupos de riesgo</p> <p>Historial de salud</p> <p>Historial de enfermedades</p> <p>Historial de lesiones</p> <p>Historial de tratamientos</p> <p>Historial de medicamentos</p> <p>Historial de hospitalizaciones</p> <p>Historial de internamientos</p> <p>Historial de fallecimientos</p> <p>Historial de otros eventos</p> <p>Historial de otros datos</p>	<p>Nombre de la víctima</p> <p>Apellido de la víctima</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>Profesión</p> <p>Religión</p> <p>Grupos de riesgo</p> <p>Historial de salud</p> <p>Historial de enfermedades</p> <p>Historial de lesiones</p> <p>Historial de tratamientos</p> <p>Historial de medicamentos</p> <p>Historial de hospitalizaciones</p> <p>Historial de internamientos</p> <p>Historial de fallecimientos</p> <p>Historial de otros eventos</p> <p>Historial de otros datos</p>


	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 19 de 23

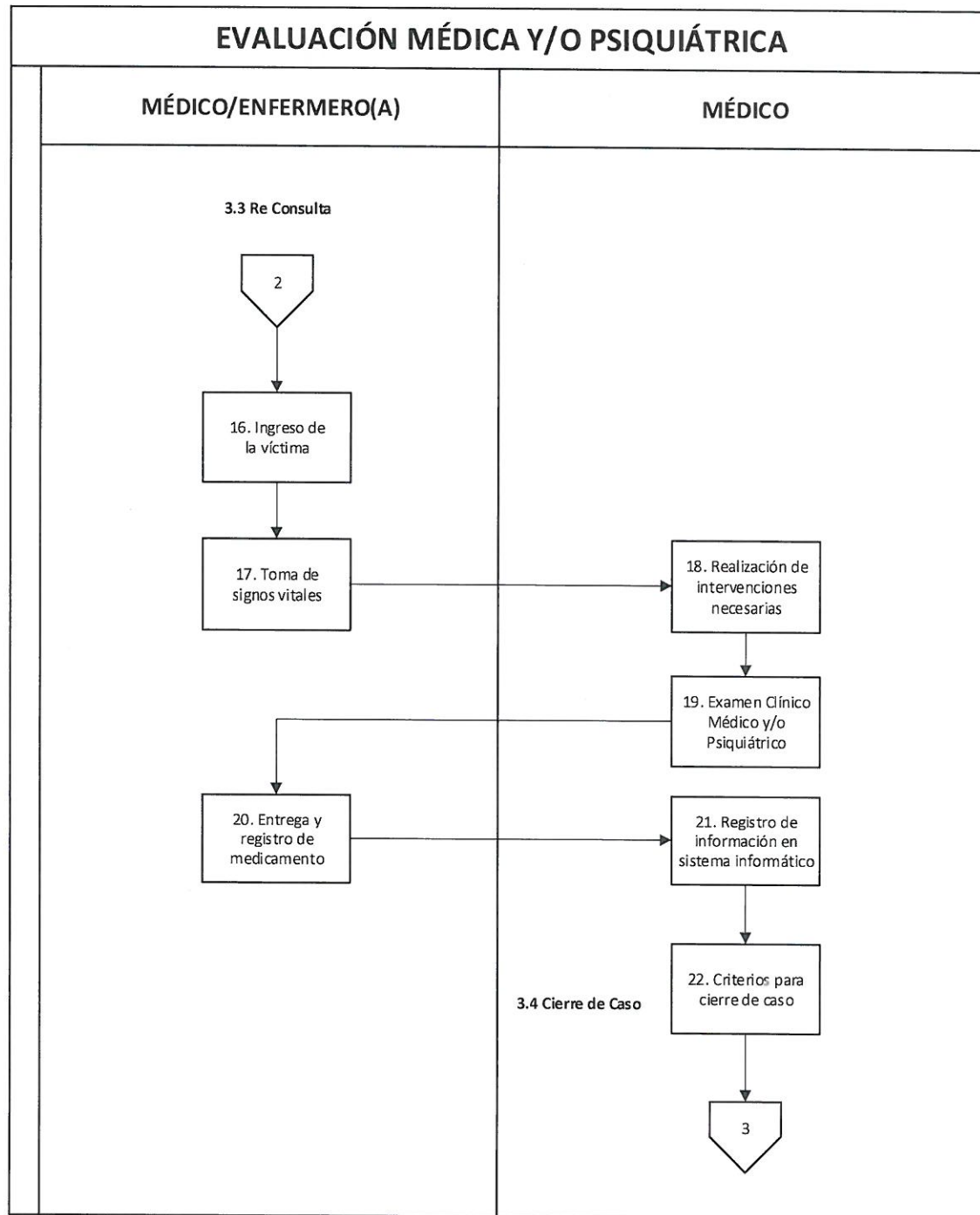
## FLUJOGRAMA



INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 20 de 23

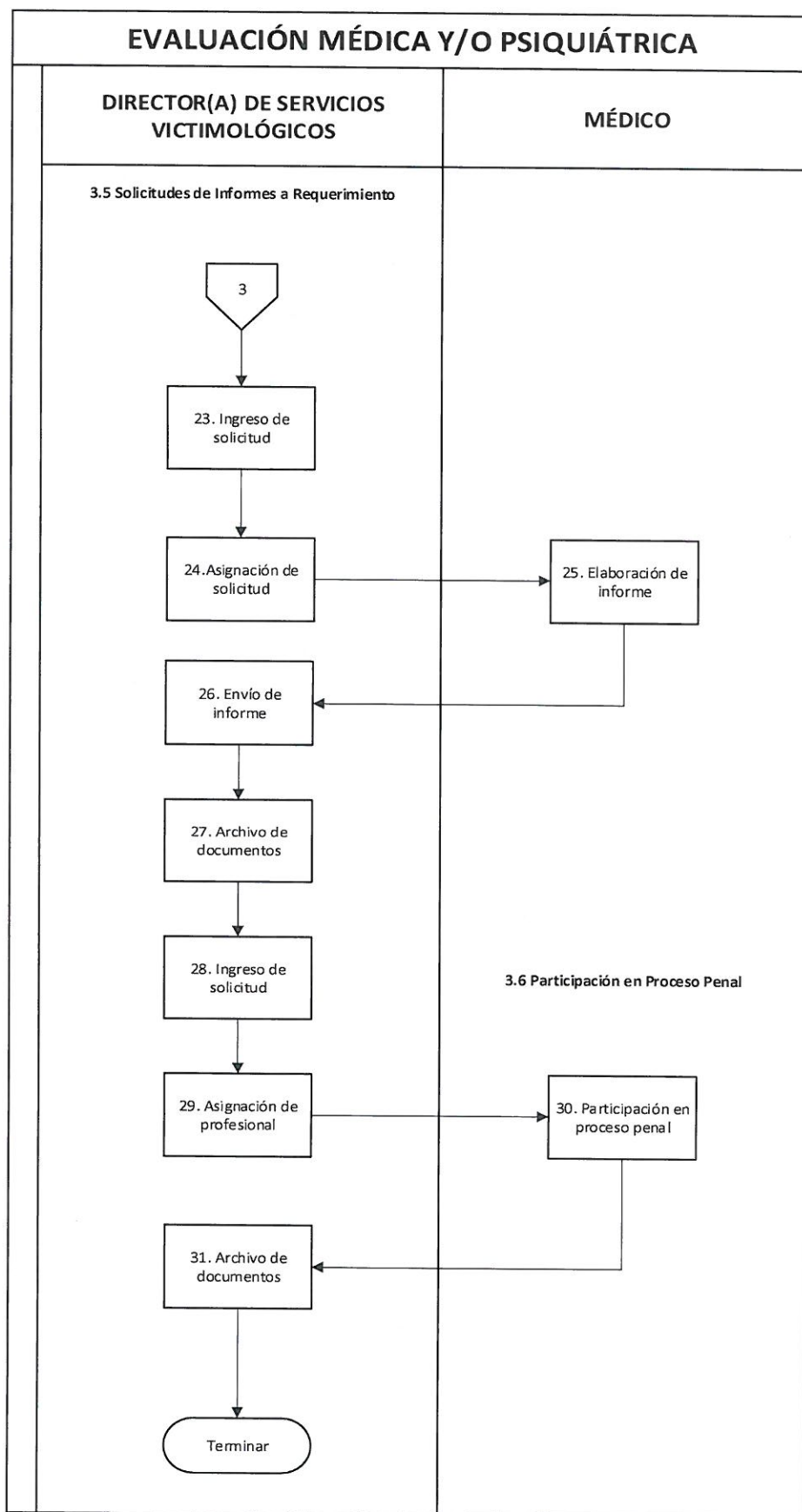



	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 21 de 23






INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	PROCEDIMIENTO		
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA		
CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 22 de 23



	PROCEDIMIENTO			
	EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA			
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 23 de 23

## CONTROL DE CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES

NO. DE VERSIÓN	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIPO DE CAMBIO	MOTIVO DEL CAMBIO	APARTADOS MODIFICADOS	PÁGINAS AFECTADAS
3	08/09/2023	Mayor	Atender nuevos lineamientos de administración documental y aprobación de manual de procedimientos, y actualización de procedimientos con alineación al uso del sistema informático.	Carátula, cuadro de aprobación, descripción de actividades y responsables, documentos relacionados anexos, flujograma y se agregó control de cambios y actualizaciones	1,2 y 4-23

	FORMULARIO		
	HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-FOR-3	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE
-----------------------------

Tipo de delito: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: (años y meses) \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación u oficio: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

#### Motivo de Consulta

---



---



---

#### Historia Clínica

---



---



---



---



---

#### ANTECEDENTES

Familiares: \_\_\_\_\_

Personales: \_\_\_\_\_

Traumatismos: \_\_\_\_\_

Alérgico Medicamentos: \_\_\_\_\_ Alimentos: \_\_\_\_\_

Ortopédicas: \_\_\_\_\_

Perinatales: (madre) No. De Hijo: \_\_\_\_\_ Producto de PES: \_\_\_\_\_ CSTP: \_\_\_\_\_

Enfermedades durante el embarazo: \_\_\_\_\_ complicaciones: \_\_\_\_\_

uso de medicamentos: \_\_\_\_\_

Al nacimiento: Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Complicaciones al nacer: \_\_\_\_\_ Lactancia materna: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES ADOLESCENTES

Menarquia: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_ Ciclos menstruales: \_\_\_\_\_ Inicio de actividad sexual: \_\_\_\_\_

G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ AB: \_\_\_\_\_ CSTP: \_\_\_\_\_ HV: \_\_\_\_\_ Planificación Familiar: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Fuma: \_\_\_\_\_ Ingesta de licor: \_\_\_\_\_ drogas: \_\_\_\_\_

Antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual: \_\_\_\_\_

### Descripción por sistemas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Evaluación clínica

Datos objetivos: peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

FC \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ P/A: \_\_\_\_\_ SPO2% \_\_\_\_\_

### Examen Físico

Piel y faneras: \_\_\_\_\_

Cabeza y cuello: \_\_\_\_\_

Ojos: \_\_\_\_\_

Orofaringe: \_\_\_\_\_

Oídos: \_\_\_\_\_

Torax: \_\_\_\_\_

Cardiopulmonar: \_\_\_\_\_

Abdomen: \_\_\_\_\_


Miembros superiores e inferiores: \_\_\_\_\_

Genitourinario: \_\_\_\_\_

Región anal: \_\_\_\_\_

Neurológico: \_\_\_\_\_



	FORMULARIO			
	HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA			
	CÓDIGO: DM-FOR-3	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁGINA: 3 DE 3

### Laboratorios

---

---

---

---

### Impresión clínica

---

---

---

---

### Tratamiento

---

---

---

---

### Referido(a) a

---

---

### Observaciones

---

---

---

---

Próxima cita: \_\_\_\_\_

(f) \_\_\_\_\_

MÉDICO  
COLEGIADO

FORMULARIO

FICHA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

CÓDIGO: DM-FOR-4

VERSIÓN: 3

FECHA DE APROBACIÓN:  
08/09/2023

Página 1 de 7

NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE

Tipo de delito: \_\_\_\_\_

FICHA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Persona que proporciona la información	
Profesional responsable:	

Peso:		Lb		Talla:		Mts		P/A:		mmHg
Pulso:		X'		FR:		X'		Temp:		°C

Otros: \_\_\_\_\_

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:		DPI:		Edad:	
Sexo:	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro	Estado civil:		Religión:	
Escolaridad:		Ocupación:			
Lugar de nacimiento:					
Dirección:					

En caso de emergencia llamar a:

\_\_\_\_\_

Motivo de consulta

### Historia Clínica de la enfermedad actual

--

### HISTORIA PERSONAL: Desarrollo en la infancia y adolescencia

Embarazo:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con problemas:	
Parto:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> A término	<input type="checkbox"/> Con problemas:
Peso y talla:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Alto
Trastornos en los primeros años de vida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Del lenguaje:			
Intelectual:			
Motor:			
Auditivo:			
De conducta:			
Asistencia médica en los primeros años de vida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Vacunación: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Ninguna			
Enfermedades de la infancia:			
Hospitalización:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuántas:	Motivo:
Cirugía:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuántas:	Motivo:
Uso de anestesia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Leche: <input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Fórmula			Destete:
Nutrición en los primeros años de vida: <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Inadecuada <input type="checkbox"/>			



**FORMULARIO**

**FICHA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA**

CÓDIGO: DM-FOR-4

VERSIÓN: 3

FECHA DE APROBACIÓN:  
08/09/2023

Página 3 de 7

Socialización en la adolescencia: ☐ Adecuada ☐ Regular ☐ Inadecuada

Noviazgos: ☐ Sí ☐ No

Número:

Satisfactorios: ☐ Sí ☐ No

Agresión física: ☐ Sí ☐ No

Actos ilegales: ☐ Sí ☐ No

Intereses y pasatiempos:

Preocupaciones:

Observaciones:

**EXAMEN MENTAL**

Aliño e higiene:

Orientación:

Marcha:

Ánimo y afecto:

Lenguaje:

Forma del pensamiento:

Contenido del pensamiento:

Sensopercepción:

Atención y concentración:

Memoria:

Abstracción:

Cálculo:

Introspección:


Control de impulsos:

Juicio:

**EXAMEN MÉDICO**

Alteraciones ☐ Sí ☐ No



	FORMULARIO			
	FICHA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA			
	CÓDIGO: DM-FOR-4	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 4 de 7

## HISTORIAL MÉDICO

Historia Personal:

Ejercicio:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuál:		Frecuencia:	
Hábitos alimenticios: <input type="checkbox"/> Adecuados <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Inadecuados					
Enfermedad(es) previa(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diagnóstico:					
Enfermedad(es) previa(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No DESCRIPCIÓN:					
DESCRIPCIÓN DE SISTEMAS DONDE EXISTE ALTERACIÓN:					
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (diferentes al padecimiento actual)					

## ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Parentesco	Vive	Edad (actual o en la que falleció)	Enfermedad médica	Enfermedad psiquiátrica
	Sí No		Sí No Diagnóstico:	Sí No Diagnóstico:
	Sí No		Sí No Diagnóstico:	Sí No Diagnóstico:

FORMULARIO

FICHA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

CÓDIGO: DM-FOR-4

VERSIÓN: 3

FECHA DE APROBACIÓN:  
08/09/2023

Página 5 de 7

	Sí No		Sí No Diagnóstico:	Sí No Diagnóstico:
	Sí No		Sí No Diagnóstico:	Sí No Diagnóstico:
	Sí No		Sí No Diagnóstico:	Sí No Diagnóstico:

CONSUMO DE SUSTANCIAS

CIE-11	Sustancia	Edad inicio	Frecuencia	Patrón de consumo	T	A	I	A	D	R	CP

T = TOLERANCIA A=ABSTINENCIA I=INTOXICACIÓN A=ABUSO D=DEPENDENCIA R=REMISIÓN  
CP = CONSUMO PERJUDICIAL

HISTORIA ESCOLAR


Problemas académicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cuáles:
Período escolar:		Motivo:
Problemas de conducta (en la escuela): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cuáles:
Antecedentes de acoso escolar (bullying)		

VIDA SEXUAL

Inicio de vida sexual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad:
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> LGBTIQ+	

PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

--

	FORMULARIO		
	FICHA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA		
	CÓDIGO: DM-FOR-4	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
Página 6 de 7			

### SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

Vive con: <input type="checkbox"/> Familia nuclear <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otro:
RELACIONES FAMILIARES
<input type="checkbox"/> Buenas:
<input type="checkbox"/> Regulares:
<input type="checkbox"/> Malas:
OTROS

### SITUACIÓN ECONÓMICA

Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Otra:
Servicios: <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Drenaje
Número de dormitorios:

### HISTORIA LABORAL

Inicio de vida laboral: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad:	Empleos:
Máxima duración en empleos (cuando):		
Motivos para cambios de empleo:		
Empleo actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Satisfacción con el empleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Descripción:		

### GENOGRAMA

--

Impresión Clínica:

Estudios solicitados para complementar el diagnóstico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuáles:



**PROGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Medicamento	Presentación

**PLAN DE MANEJO**

--


**Observaciones**

--

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PSIQUIATRA

Próxima cita: \_\_\_\_\_



	FORMULARIO		
	FICHA CLÍNICA		
	CÓDIGO: DM-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

Página 1 de 4

NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE

Tipo de delito: \_\_\_\_\_

### FICHA CLÍNICA

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Profesional responsable: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ DPI \_\_\_\_\_ Sexo Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_ LGTBIQ+ \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE CONSULTA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

(Si o no y quién lo padece)

Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hipertensión	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alérgicos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Psiquiátricos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asmáticos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Alérgicos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Qx	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
Traumáticos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Transfusiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
Hospitalizaciones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	E. Congénitas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	HTA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Infeciosos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
Neurológicos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	TB	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
VIH	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____			
Psiquiátricos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____			
Hábitos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____			

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS


Menarquia: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_ Gestas: \_\_\_\_ P: \_\_\_\_ CSTEP: \_\_\_\_\_ Hijos Vivos: \_\_\_\_\_  
 Abortos: \_\_\_\_\_ Hijos muertos: \_\_\_\_\_ Anticonceptivos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Menopausia: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Ciclo regular: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Tamizaje de CACU (papanicolaou, IVAA, ADN-HPV) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## REVISIÓN POR SISTEMAS


## SIGNOS VITALES

P/A	Temperatura	F.R.	F.C.	Peso	Talla
-----	-------------	------	------	------	-------

Glucosa: \_\_\_\_\_ Oxímetro de Pulso: CpO2 \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

	FORMULARIO		
	FICHA CLÍNICA		
	CÓDIGO: DM-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 3 de 4	

## EXAMEN FÍSICO

---



---



---



---

Piel y faneras: \_\_\_\_\_  
 Cabeza y cuello: \_\_\_\_\_  
 Ojos: \_\_\_\_\_  
 Boca: \_\_\_\_\_  
 Orofaringe: \_\_\_\_\_  
 Oídos: \_\_\_\_\_  
 Naríz: \_\_\_\_\_  
 Tórax: \_\_\_\_\_  
 Corazón: \_\_\_\_\_  
 Pulmones: \_\_\_\_\_  
 Abdomen: \_\_\_\_\_  
 Miembros superiores: \_\_\_\_\_  
 Miembros inferiores: \_\_\_\_\_  
 Columna: \_\_\_\_\_  
 Genitourinario: \_\_\_\_\_  
 Región anal: \_\_\_\_\_  
 Neurológico: \_\_\_\_\_

## Laboratorios

---



---



---



---

### Impresión clínica (DX)

---

---

---

---

### Tratamiento y plan educacional

---

---

---

---

### Referencia

---

---

---

---

### Observaciones

---

---


---

---

Próxima cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA DEL MÉDICO Y SELLO



	FORMULARIO			
	NOTA DE EVOLUCIÓN			
	CÓDIGO: DM-FOR-7	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁGINA: 1 DE 1

NÚMERO DE CASO O EXPEDIENTE

## NOTA DE EVOLUCIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_ Diagnósticos: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Médico tratante: \_\_\_\_\_

P/A	Temperatura C	F. R.	F.C.	Peso	Gmt.	CpO2
-----	---------------	-------	------	------	------	------

<b>Historia de la Enfermedad/evolución</b>           
--


<b>Laboratorios</b>           
---

<b>Plan de Tratamiento</b>           
--

<b>Diagnóstico(s) final(es)</b>           
---

<b>Observaciones</b>           
--

Próxima consulta: \_\_\_\_\_

	FORMATO		
	INFORME DE CIERRE DE CASO		
	CÓDIGO: DM-FOR-9	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		PÁGINA: 1 DE 1	

## INFORME DE CIERRE DE CASO

### I. Datos Generales

Nombre:

Edad:

Residencia actual:

Teléfono:

Fecha de inicio del proceso de la atención médica y/o psiquiátrica:

Fecha de cierre del caso:

Última Cita:

### II. Motivo de Consulta

*Breve explicación del motivo de consulta*

### III. Impresión Clínica Final:

*Explicar la impresión clínica identificada en la última cita.*

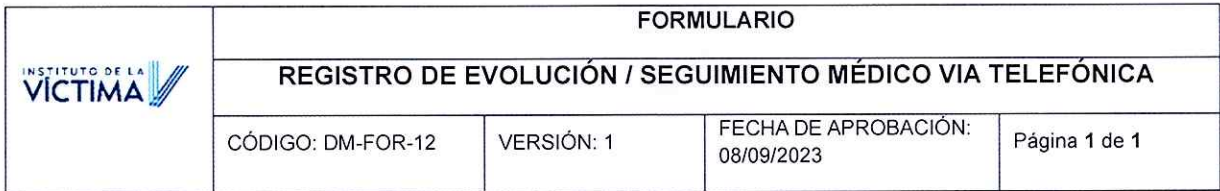
### IV. Motivo de cierre

*Explicar el motivo de cierre de la atención médica y/o psiquiátrica,*

---

Médico(a) y/o psiquiatra tratante


Revisado	_____
Fecha	_____




Tipo de Delito: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EL O LA PACIENTE: \_\_\_\_\_

[illegible]

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
	CÓDIGO: DM-FOR-13	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 1 de 2	



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
SEDE: SEDE QUETZALTENANGO

**FICHA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA**  
REF-EX-X-2023-XXX  
REF-EX-MD-X-2023-XX

Lugar y fecha:  
Número de expediente:  
Tipo de delito:  
Tipo de víctima:

I. DATOS GENERALES	
Nombre completo	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Documento Personal de identificación	
Idioma	
Religión	
Sexo	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Tipo de discapacidad	
¿La persona recibe atención diferenciada y especializada?	
Dirección completa del domicilio	
Números de teléfono	


**Impresión clínica:**

**Resumen clínico**

**Signos vitales**



Tratamiento Empleado:



**Condiciones de traslado**



1 de 2



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
	CÓDIGO: DM-FOR-13	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 2

		<b>FICHA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b> REF-EX-4-2023-160 REF-EX-MD-4-2023-43	
SEDE: SEDE QUETZALTENANGO			
<b>II. INSTITUCIÓN A DONDE SE REFIERE</b>			
Nombre de la Institución/organización			
Área a donde se refiere			
Dirección			
Atención que necesita			
Fecha Referencia: Nombre Trabajadora Social: Firma Trabajadora Social: _____ Fecha Recibida: Firma Referencia Recibida: _____			
Código de Solicitud de Referencia a Trabajo Social: Fecha Solicitud de Referencia a Trabajo Social: Profesional Solicita Referencia a Trabajo Social: Firma Profesional Solicita: _____			
			




## **PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN SOCIAL**

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS**


**VERSIÓN 4**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2024

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
Página 2 de 28			

Vigencia: 30/09/2024	Código: DTS-PRO-1	Elaboración: 15/08/2024
<p>Ámbito de Aplicación:</p> <p>DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS DEL INSTITUTO PARA LA ASISTENCIA Y ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO</p>		
<p><b>PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN SOCIAL</b></p>		
Etapas	Nombre y cargo	Firma
Elaborado por:	Licda. Joselin Analy Ostorga Castro Jefa del 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	
	Inga. Silvia Eugenia Barillas Donis Profesional Especializado III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional	
Revisado y Aprobado por:	Mgtr. Claudia Lucia Pinzón Castillo Director (a) de Servicios Victimológicos en Funciones	



	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 3 de 28

## 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) **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).
- b) **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.
- c) **Estudio Socioeconómico:** Es un proceso de investigación sistematizada para el conocimiento científico de problemas estructurales y coyunturales de carácter económico y social (Beteta, 2008).
- d) **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.
- e) **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).



	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 4 de 28


- f) **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).

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 5 de 28

### 3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABLES


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

ACTIVIDADES		RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
<b>3.1 ASIGNACION Y SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO</b>			
1.	<b>Asignación del expediente</b>	Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede	Asigna el expediente a través del sistema informático.
2.	<b>Recepción de la asignación del expediente</b>	Trabajador (a) Social	Recibe la asignación del expediente de la víctima registrado en el sistema informático.
3.	<b>Seguimiento</b>	Trabajador (a) Social	<p>Verifica que la víctima esté recibiendo atención, de acuerdo con las necesidades registradas en la <b>Evaluación Diagnóstica Inicial -EVI- DTS-FOR-10</b>, este formulario se utiliza en la primera atención y /o cuando solicitan una acción al expediente.</p> <p><b>Nota 1:</b> Cuando se considere necesario se realiza un Informe de Riesgo utilizando el <b>Formulario DTS- FOR-20 Informe Sobre el Nivel de Riesgo</b>, e informa al Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede, para realizar las gestiones correspondientes. Asimismo, se pueden realizar -EVI- intermedios cuando termine la víctima el proceso psicológico, médico y/o psiquiátrico el cual permitirá verificar avances.</p>
4.	<b>Registro de referencia interna y/o externa del seguimiento</b>	Trabajador (a) Social	Si en el seguimiento a la víctima, se identifica que 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 <b>Ficha de Referencia Interna para Niños, Niñas y/o Adolescentes DTS-FOR-4</b> o <b>Ficha de Referencia Externa para Niños, Niñas y/o Adolescentes DTS-FOR-2</b> . También, <b>Ficha de Referencia Interna para Adultos DTS-FOR-5</b> o <b>Ficha de Referencia Externa</b>

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 6 de 28


			<p>para <b>Adultos DTS-FOR-3</b>, según sea el caso. y lo registra en el sistema informático.</p> <p><b>Nota 2:</b> Después de la referencia, el profesional del área social consigna la información en la <b>Ficha de Seguimiento a la Víctima DTS-FOR-13</b> y/o <b>Ficha de Seguimiento Interno y/o Externo DTS-FOR-12</b>, dentro del sistema informático.</p> <p>Si la víctima no está interesada en recibir o continuar con la atención, posterior al cierre de expediente por departamento, se procede a cerrar el expediente de trabajo social con el <b>Informe de Cierre de Caso DTS-FOR-14</b>.</p>
<b>3.2 SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LA REPARACIÓN DIGNA</b>			
5.	<b>Recepción de listado de medidas de reparación digna</b>	Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social / Encargado (a) de Sede o Persona Designada	<p>Recibe el listado de medidas de reparación digna obtenidas mensualmente de parte del Departamento de Tecnología de la Información y Comunicación.</p> <p>Traslada a profesionales para realizar seguimiento.</p> <p><b>Nota 3:</b> El Listado lo podrá generar la Jefe(a) del Departamento de Trabajo Social, Encargados (as) de la Sede y/o persona designada, cuando exista un reporte del mismo dentro del sistema informático aprobado y socializado.</p>
6.	<b>Seguimiento</b>	Trabajador (a) social o Encargado (a) de Sede	<p>Recibe listado de medidas de reparación digna y realiza el seguimiento a las medidas de reparación digna solicitadas, otorgadas y digitalizadas por los profesionales de la Dirección de Asistencia Legal, verificando si falta alguna orientación que brindar o derivación, registra en el Módulo de Reparación Digna dentro del Sistema Informático los seguimientos realizados.</p> <p><b>Nota 4:</b> El seguimiento a la ejecución de las medidas de reparación digna se puede realizar en cualquier etapa procesal según corresponda, o durante el mes siguiente de la entrega del listado de reparaciones dignas. Es importante mencionar que el tipo de seguimiento</p>




	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 7 de 28

			realizado por el área social dependerá de la medida de reparación digna otorgada.
<b>3.3 SOLICITUDES DE INFORMES A REQUERIMIENTO</b>			
7.	<b>Ingreso de solicitud</b>	Director de Servicios Victimológicos, Jefe de Departamento y/o Encargado (a) de Sede.	<p>Recibe solicitud de informe por escrito de Instituciones de Seguridad y/o Justicia o solicitud aprobada por la Dirección de Asistencia Legal, por sistema informático, para su asignación.</p> <p><b>Nota 5:</b> En el caso de las solicitudes de Instituciones del Sector de Justicia y otras organizaciones, que aún no se encuentren registrados en el Sistema Informático del Instituto, se determinará la admisibilidad y/o viabilidad del caso y los servicios que requiera. Cuando requiera Asistencia Legal se deriva el expediente a la Dirección de Asistencial Legal para su gestión correspondiente.</p> <p><b>Nota 6</b> En caso de solicitudes externas para brindar atención victimológica como medida de reparación digna en una sentencia, Trabajo Social realizará la referencia interna en el sistema informático para atender la solicitud y que el profesional del departamento correspondiente ingrese la medida cuando la culmine y se dé respuesta al oficio del requerimiento.</p>
8.	<b>Asignación del profesional</b>	Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede	Asigna a través del Sistema Informático, al profesional que elaborará el informe, según plazo establecido en la normativa vigente.
9.	<b>Elaboración de Informe</b>	Trabajador (a) Social	Elabora el informe según el requerimiento utilizando el <b>Formulario DTS-FOR-07 Informe de Atención Social, Formulario DTS-FOR-08 Informe Social con Fines Penales, Formulario DTS-FOR-18 Informe de Localización y Formulario DTS-FOR-20 Informe Sobre el Nivel de Riesgo</b> , según corresponda y lo traslada por medio de oficio al Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede (a) para su recepción.




	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 8 de 28

			<p>Adjunta informe en sistema informático.</p> <p><b>Nota 7:</b> Si es necesario, realiza procesos de localización de las víctimas para establecer comunicación y realiza un Informe de Localización, utilizando el <b>Informe de Localización DTS-FOR-18</b> para dar a conocer la información recopilada; cuando no se encuentra a la víctima, se elabora y entrega una citación utilizando el formulario <b>Citación DTS-FOR-6</b>, de igual manera si es necesario se elabora un estudio socioeconómico utilizando el formulario <b>Estudio Socioeconómico DTS-FOR-1</b>.</p>
10.	<b>Entrega de informe</b>	Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede	Entrega el informe por medio de oficio a la Institución de Seguridad y/o Justicia o a la Dirección de Asistencia Legal.
11.	<b>Archivo de documentos</b>	Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede	Archiva documentos correspondientes.
<b>3.4 PARTICIPACIÓN EN PROCESO PENAL</b>			
12.	<b>Ingreso de solicitud</b>	Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede	Recibe solicitud de participación en proceso penal aprobada por la Dirección de Asistencia Legal, por el sistema informático o por escrito de Instituciones de Seguridad y Justicia.
13.	<b>Asignación de profesional</b>	Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede	Asigna la solicitud por el sistema informático.
14.	<b>Participación en proceso penal</b>	Trabajador (a) Social	Participa en el proceso penal y realiza las diligencias necesarias que coadyuven a la reparación digna, registra las acciones en el sistema informático.

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 9 de 28

15.	Archivo de documentos	Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede	Archiva documentos correspondientes.
3.5 EVALUACIÓN FINAL DE IMPACTO			
16.	Evaluación Final de Impacto	Trabajador (a) Social	Llena el <b>Formulario de Evaluación Final de Impacto DTS-FOR-11</b> para evaluar el progreso de recuperación integral de la víctima en los casos que se ha dado seguimiento y/o cuando los usuarios sigan activos hasta la reparación digna.
3.6 CIERRE DEL CASO			
17.	Criterios para cierre de caso	Trabajador (a) Social	<p>Procede al cierre utilizando el <b>Formato de Informe de Cierre de Caso DTS-FOR-14</b>.</p> <p><b>Nota 8:</b> El cierre se puede dar por la finalización del seguimiento 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 la Jefatura de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede. Y que todos los demás expedientes de los servicios asignados estén cerrados, derivado que Trabajo Social es el último Departamento que da cierre a su expediente.</p> <p>Finaliza el procedimiento.</p>

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 10 de 28

## 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 Social
- 4.2.12 DTS-FOR-8 Informe Social con Fines Penales
- 4.2.13 DTS-FOR-10 Formulario de Evaluación Diagnóstica Inicial
- 4.2.14 DTS-FOR-11 Formulario de Evaluación Final de Impacto
- 4.2.15 DTS-FOR-12 Ficha de Seguimiento Interno y/o Externo
- 4.2.16 DTS-FOR-13 Ficha de Seguimiento a la Víctima
- 4.2.17 DTS-FOR-14 Informe de Cierre de Caso
- 4.2.18 DTS-FOR-18 Informe de Localización
- 4.2.19 DTS-FOR-20 Informe Sobre el Nivel de Riesgo

### 4.3 Documentos externos


No Aplica


[illegible][illegible]







	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 14 de 28



FORMULARIO


FORMA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS

CÓDIGO: DTS-PRO-1

VERSIÓN: 4

FECHA DE APROBACIÓN:  
19/09/2024

Página 14 de 28



FORMA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS

CÓDIGO: DTS-PRO-1

VERSIÓN: 4


FECHA DE APROBACIÓN:  
19/09/2024

Página 14 de 28








	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 17 de 28

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	INSTITUTO DE LA VÍCTIMA
<p><b>CITACIÓN</b></p> <p>Lugar y fecha _____</p> <p>Sr./Sra.</p> <p>Nombre de la Persona _____</p> <p>Estimado Señor/a _____</p> <p>Me dirijo a usted para informarle que el día de hoy me constató a su casa de habitación ubicada en _____</p> <p>_____ y no poder localizarla, se le ha presentado a las instalaciones del Instituto de la Víctima, ubicado en 3<sup>a</sup> Avenida 16-31 zona 10 Ciudad de Guatemala, el día _____</p> <p>Dónde puede preguntar por _____</p> <p>con el objeto de efectuar una entrevista relacionada en beneficio de su caso.</p> <p>Por cualquier duda, llamar al teléfono _____</p> <p>(1) _____</p> <p>NOBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL</p> <p>SELLO DEL PROFESIONAL</p>	<p><b>CITACIÓN</b></p> <p>Lugar y fecha _____</p> <p>Sr./Sra.</p> <p>Nombre de la Persona _____</p> <p>Estimado Señor/a _____</p> <p>Me dirijo a usted para informarle que el día de hoy me constató a su casa de habitación ubicada en _____</p> <p>_____ y no poder localizarla, se le ha presentado a las instalaciones del Instituto de la Víctima, ubicado en 3<sup>a</sup> Avenida 16-31 zona 10 Ciudad de Guatemala, el día _____</p> <p>Dónde puede preguntar por _____</p> <p>con el objeto de efectuar una entrevista relacionada en beneficio de su caso.</p> <p>Por cualquier duda, llamar al teléfono _____</p> <p>(1) _____</p> <p>NOBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL</p> <p>SELLO DEL PROFESIONAL</p>

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
Página 18 de 28			


<div><div>INFORME SOCIAL</div><div>INFORME DE ATENCIÓN SOCIAL</div><div><div>Nombre de la víctima:</div><div>Apellido:</div><div>Edad:</div><div>Sexo:</div><div>Fecha de nacimiento:</div><div>Fecha de atención:</div><div>Nombre de la institución:</div><div>Nombre del profesional:</div><div>Nombre del acompañante:</div><div>Nombre del evaluador:</div></div></div> <div><div>OBJETIVO DEL INFORME</div><div>II. METODOLOGÍA UTILIZADA</div><div>III. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS COADYUVANTES</div></div>	<div><div>INFORME SOCIAL</div><div>INFORME SOCIAL CON FINES PENALES</div><div><div>Nombre de la víctima:</div><div>Apellido:</div><div>Edad:</div><div>Sexo:</div><div>Fecha de nacimiento:</div><div>Fecha de atención:</div><div>Nombre de la institución:</div><div>Nombre del profesional:</div><div>Nombre del acompañante:</div><div>Nombre del evaluador:</div></div></div> <div><div>OBJETIVO DEL INFORME</div><div>II. METODOLOGÍA UTILIZADA</div><div>III. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS COADYUVANTES</div></div>	<div><div>INFORME SOCIAL</div><div>INFORME SOCIAL CON FINES PENALES</div><div><div>Nombre de la víctima:</div><div>Apellido:</div><div>Edad:</div><div>Sexo:</div><div>Fecha de nacimiento:</div><div>Fecha de atención:</div><div>Nombre de la institución:</div><div>Nombre del profesional:</div><div>Nombre del acompañante:</div><div>Nombre del evaluador:</div></div></div> <div><div>OBJETIVO DEL INFORME</div><div>II. METODOLOGÍA UTILIZADA</div><div>III. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS COADYUVANTES</div></div>
---	---	---

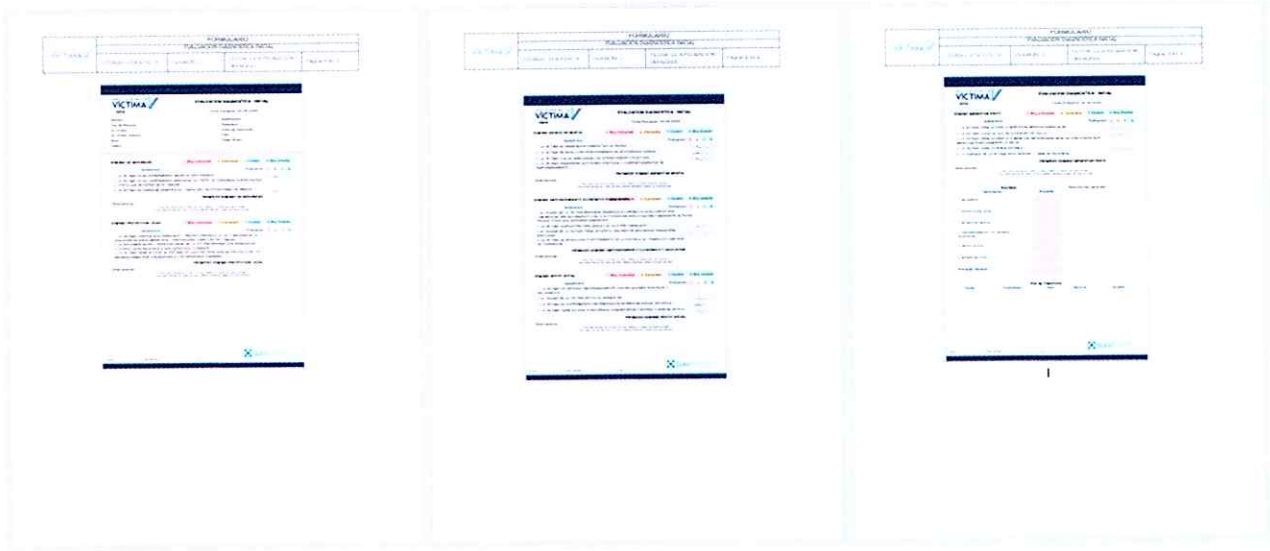
<div><div>INFORME SOCIAL</div><div>INFORME SOCIAL CON FINES PENALES</div><div><div>Nombre de la víctima:</div><div>Apellido:</div><div>Edad:</div><div>Sexo:</div><div>Fecha de nacimiento:</div><div>Fecha de atención:</div><div>Nombre de la institución:</div><div>Nombre del profesional:</div><div>Nombre del acompañante:</div><div>Nombre del evaluador:</div></div></div> <div><div>OBJETIVO DEL INFORME</div><div>II. METODOLOGÍA UTILIZADA</div><div>III. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS COADYUVANTES</div></div>	<div><div>INFORME SOCIAL</div><div>INFORME SOCIAL CON FINES PENALES</div><div><div>Nombre de la víctima:</div><div>Apellido:</div><div>Edad:</div><div>Sexo:</div><div>Fecha de nacimiento:</div><div>Fecha de atención:</div><div>Nombre de la institución:</div><div>Nombre del profesional:</div><div>Nombre del acompañante:</div><div>Nombre del evaluador:</div></div></div> <div><div>OBJETIVO DEL INFORME</div><div>II. METODOLOGÍA UTILIZADA</div><div>III. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS COADYUVANTES</div></div>	<div><div>INFORME SOCIAL</div><div>INFORME SOCIAL CON FINES PENALES</div><div><div>Nombre de la víctima:</div><div>Apellido:</div><div>Edad:</div><div>Sexo:</div><div>Fecha de nacimiento:</div><div>Fecha de atención:</div><div>Nombre de la institución:</div><div>Nombre del profesional:</div><div>Nombre del acompañante:</div><div>Nombre del evaluador:</div></div></div> <div><div>OBJETIVO DEL INFORME</div><div>II. METODOLOGÍA UTILIZADA</div><div>III. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS COADYUVANTES</div></div>
---	---	---


INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	PROCEDIMIENTO			
	ATENCIÓN SOCIAL			
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 19 de 28

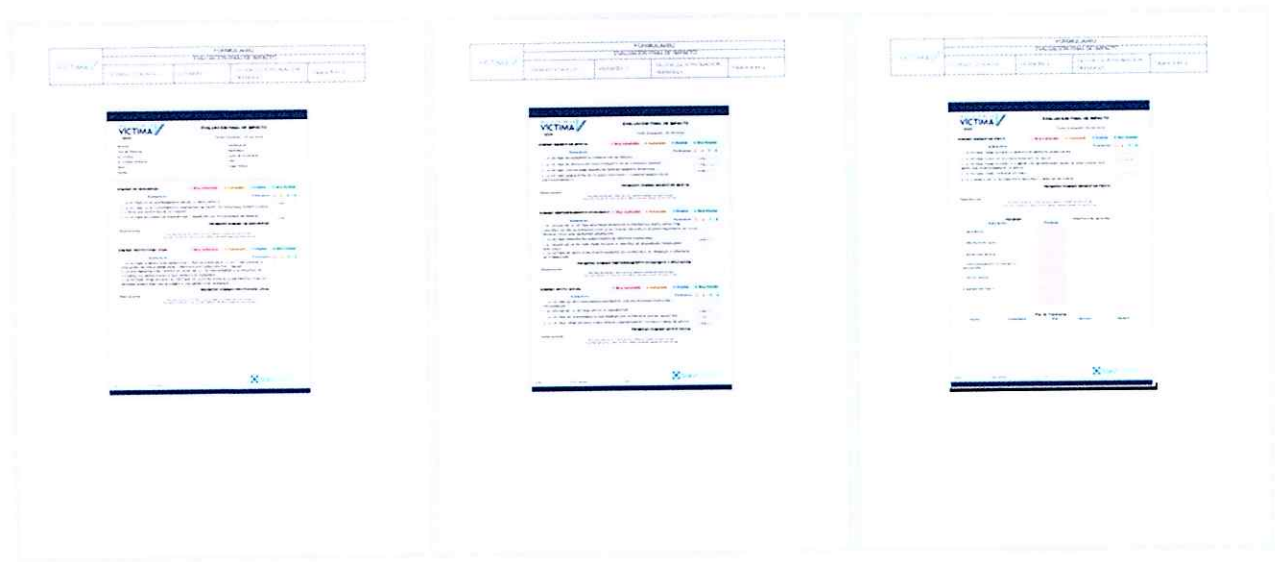
VÍCTIMA	FORMULARIO		
	INFORME SOCIAL CONTRA PONTALES		
CÓDIGO DTS-PRO-1	VERSIÓN 4	FECHA DE APROBACIÓN 19/09/2024	Página 19 de 28
La víctima después del hecho y cómo le afectó en su proyecto de vida:			
<b>X. RECOMENDACIONES</b>			
<p>1) En cuanto a la atención de áreas de desarrollo humano (familia, trabajo, estado comunitario):</p> <p>1. Área de salud física y emocional</p> <p>2. Área social</p> <p>3. Área legal</p> <p>4. Área económica</p> <p>• Posicionar la reparación digna en sus recomendaciones de acuerdo con el resolución RRE-FACTO de protección o reparación del estado socioeconómico</p> <p>• Tomar en cuenta a la Red de Denuncia y otras instancias que pueden contribuir al cumplimiento de la restitución, la rehabilitación, la indemnización, las medidas de satisfacción y garantías de no repetición que puede ser parte del afectado o del Estado (Cron <u>2017</u>).</p> <p>Esta información permite que el lector conozca las necesidades que tiene la víctima para reparar el daño que se le ha causado y quienes intervienen en su recuperación a nivel personal, institucional y comunitario.</p>			
<p>El _____</p> <p>NOMBRE DEL PROFESIONAL</p> <p>SELLO DEL PROFESIONAL</p>			





	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
Página 20 de 28			



	PROCEDIMIENTO			
	ATENCIÓN SOCIAL			
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 21 de 28




	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 22 de 28




FORMULARIO			
FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO			
CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 22 de 28


**1**



FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO	
DATOS BÁSICOS DE LA VÍCTIMA	
Nombre:	
Apellido:	
Fecha de nacimiento:	
Sexo:	
Identificación:	
Residencia:	
Estado:	
Profesión:	
Religión:	
Grupos de apoyo:	
Actividades:	
Problemas:	
Tratamiento:	
Seguimiento:	
Fecha de inicio:	
Fecha de fin:	
Observaciones:	




FORMULARIO			
FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO			
CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 22 de 28




FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO	
DATOS BÁSICOS DE LA VÍCTIMA	
Nombre:	
Apellido:	
Fecha de nacimiento:	
Sexo:	
Identificación:	
Residencia:	
Estado:	
Profesión:	
Religión:	
Grupos de apoyo:	
Actividades:	
Problemas:	
Tratamiento:	
Seguimiento:	
Fecha de inicio:	
Fecha de fin:	
Observaciones:	





	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 24 de 28



FORMULARIO  
 INFORME DE CIERRE DE CASO

CÓDIGO: DTS-PRO-1


VERSIÓN: 4

FECHA DE APROBACIÓN:  
19/09/2024

**INFORME DE CIERRE DE CASO**

DATOS GENERALES

Nombre completo	
Edad	
Lugar y fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Tipo de documento personal de identificación	
Número del documento personal de identificación	
Religión	
Profesión	
Sexo	
Etnicidad	
Categorías sociales	
Ubicación completa del domicilio	
Fecha de intervención	



FORMULARIO  
 INFORME DE CIERRE DE CASO

CÓDIGO: DTS-PRO-1

VERSIÓN: 4

FECHA DE APROBACIÓN:  
19/09/2024

II. ACCIONES VICTIMOLÓGICAS REALIZADAS

Descripción del proceso de atención social: *Explicar qué se ha realizado, acciones realizadas, cómo se relaciona, en qué forma, observación, estado de bienestar, logros y dificultades observados, cómo se relaciona en el proceso de atención social.*

III. MOTIVO DE CIERRE


Explicar las razones por las cuales se cierra el proceso de atención social, por ejemplo, ¿se ha estado trabajando en los servicios del Instituto, atención de la recuperación, etc. (señalar).


(Firma)

TRABAJADOR (A) SOCIAL A CARGO DEL CASO

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 25 de 28

	FORMULARIO			
	INFORME DE LOCALIZACIÓN			
CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 25 de 28	


Lugar y fecha: \_\_\_\_\_


**INFORME DE LOCALIZACIÓN**

Nombre de expediente	
Tipo de delito	
Nombre de la víctima	
Objetivo del informe	
Descripción	
Conclusiones	
Recomendaciones	

El/la \_\_\_\_\_

NOBRE Y SELLO DE TRASLADATOR(A) SOCIAL

	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 26 de 28

	FORMULARIO			
	INFORME SOBRE EL NIVEL DE RIESGO			
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN (DELEGADO)	PÁGINA 1 DE 1

Fecha:  
 Delito:  
 Expediente:

**INFORME SOBRE EL NIVEL DE RIESGO**

**Destinatario:**  
Institución:

**I. Datos generales de la víctima:**  
 Nombre:  
 Número de DPI: ( )

**II. Antecedentes:**  
 Breve descripción del delito, año de denuncia y sindicado

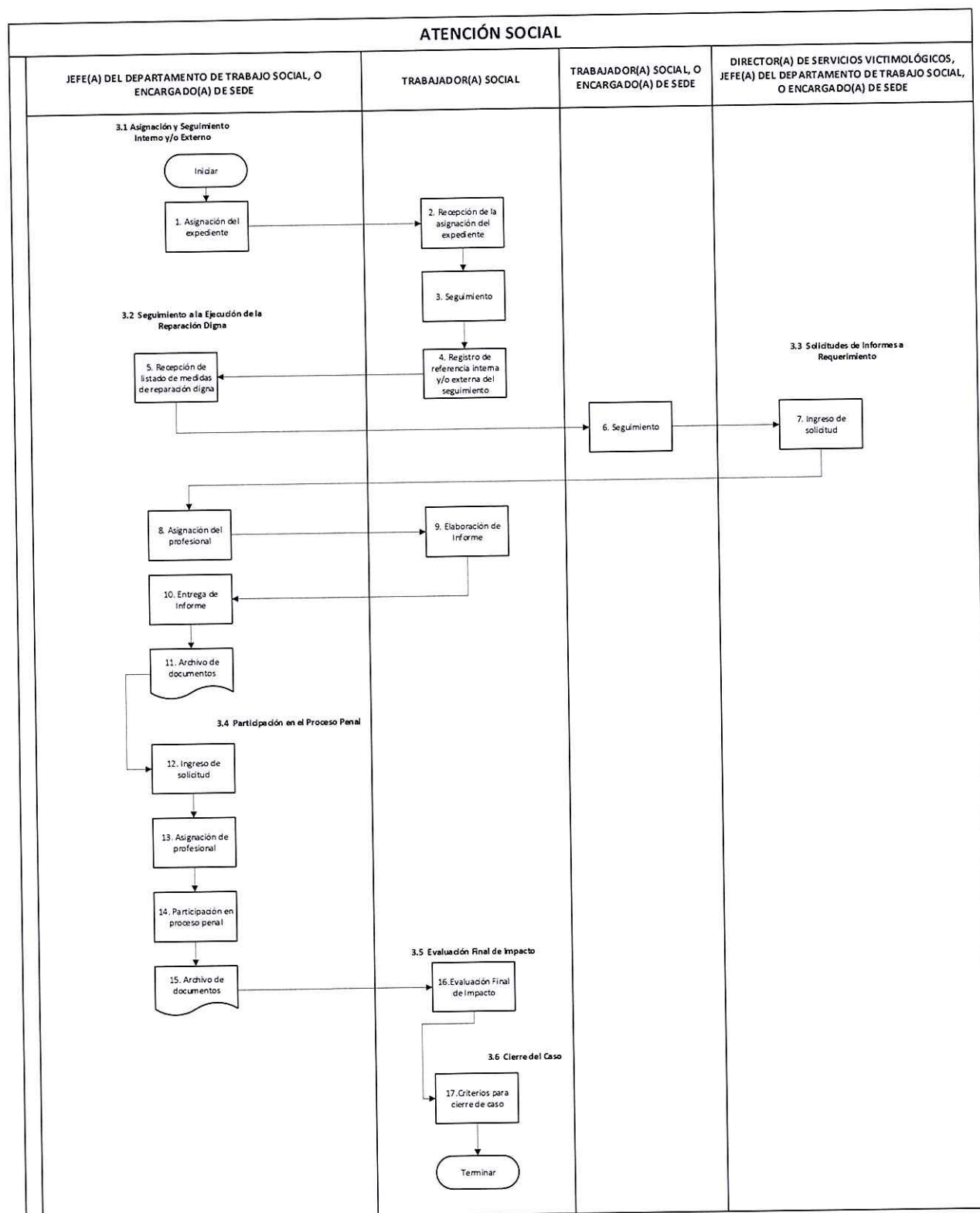
**III. Hechos Referidos:**  
 Situación actual, derivado del hecho delictivo

**IV. Recomendaciones:**

F. \_\_\_\_\_  
 Nombre, No. de Colegiado y puesto de Trabajadora Social

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	PROCEDIMIENTO		
	ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 27 de 28

## FLUJOGRAMA






INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	PROCEDIMIENTO			
	ATENCIÓN SOCIAL			
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 28 de 28

## CONTROL DE CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES

NO. DE VERSIÓN	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIPO DE CAMBIO	MOTIVO DEL CAMBIO	APARTADOS MODIFICADOS	PÁGINAS AFECTADAS
3	08/09/2023	Mayor	Atender nuevos lineamientos de administración documental y aprobación de manual de procedimientos, y actualización de procedimientos con alineación al uso del sistema informático.	Carátula, cuadro de aprobación, descripción de actividades y responsables, documentos relacionados, anexos (formularios, flujograma) y control de cambios y actualizaciones	1,2 y de 5-29
4	19/09/2024	Mayor	Actualización del procedimiento con alineación al uso del sistema informático.	Carátula, cuadro de aprobación (número de versión y fecha en cajetín), glosario, descripción de actividades y responsables, documentos relacionados, anexos (formularios, flujograma) y control de cambios y actualizaciones	1-10 y 26-28

	FORMULARIO		
	CITACIÓN		
	CÓDIGO DTS-FOR-6	VERSIÓN 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 1 de 1

## CITACIÓN

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Sr./Sra.

Nombre de la Persona:

Estimado Señor/a:

Me dirijo a usted para informarle que el día de hoy, me constituí a su casa de habitación ubicada en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ al no poder localizarlo/a, solicito se presente a las instalaciones del Instituto de la Víctima, ubicado en 3ª. Avenida, 16-31 zona 10 Ciudad de Guatemala, el día \_\_\_\_\_


Donde puede preguntar por \_\_\_\_\_ con el objeto de efectuarle una entrevista relacionada en beneficio de su caso.

Por cualquier duda, llamar al teléfono \_\_\_\_\_.

(f) \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

SELLO DEL PROFESIONAL

	FORMULARIO		
	CITACIÓN		
	CÓDIGO DTS-FOR-6	VERSIÓN 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 1 de 1

## CITACIÓN

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Sr./Sra.

Nombre de la Persona:

Estimado Señor/a:

Me dirijo a usted para informarle que el día de hoy, me constituí a su casa de habitación ubicada en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ al no poder localizarlo/a, solicito se presente a las instalaciones del Instituto de la Víctima, ubicado en 3ª. Avenida, 16-31 zona 10 Ciudad de Guatemala, el día \_\_\_\_\_


Donde puede preguntar por \_\_\_\_\_ con el objeto de efectuarle una entrevista relacionada en beneficio de su caso.

Por cualquier duda, llamar al teléfono \_\_\_\_\_.

(f) \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

SELLO DEL PROFESIONAL

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 1 de 7	

## ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Número de expediente: \_\_\_\_\_


I.DATOS GENERALES			
Nombre Completo			
Edad			
Lugar y fecha de nacimiento			
Estado civil			
Nacionalidad			
DPI/pasaporte			
Idioma			
Religión			
Origen étnico			
Sexo <sup>1</sup>			
Escolaridad			
Ocupación/oficio			
Tipo de discapacidad	Ninguna:Visual: Otros	Física: Lenguaje:	Intelectual: Auditiva:
¿La persona recibe atención diferenciada y especializada?	SI:	No:	¿Cuál?
Dirección completa del domicilio:			
Números de teléfonos	Celular:	Trabajo:	Casa:
II.DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE <sup>2</sup>			
Nombre			
Edad			
Lugar y fecha de nacimiento			
Documento de Identificación Personal			
Sexo			
Dirección de domicilio			
Escolaridad			
Ocupación/oficio			
Número de teléfonos: Celular, trabajo, casa			
Parentesco o relación con el NNA			

<sup>1</sup> Tomar en cuenta Orientación sexual/identidad de género


<sup>2</sup> Aplica a NNA, en condición de discapacidad, personas adultas mayores, y en general a personas que requieren apoyo






	FORMULARIO		
	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO		
	CÓDIGO: DTS-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 3 de 7	

V. SITUACIÓN ECONÓMICA			
Aportes de los integrantes de la familia		Egresos mensuales del hogar	
		Alimentación	
		Vivienda	
		Vestuario	
		Educación	
		Transporte	
		Agua	
		Energía eléctrica	
		Teléfono	
		Extracción de basura	
		Cable	
		Medicamentos	
		Seguros	
		Recreación	
		Pago de créditos/deudas	
Total de ingresos familiares ..... Q		Total de egresos familiares ..... Q	


	FORMULARIO		
	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO		
	CÓDIGO: DTS-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

**VI. HECHOS REFERIDOS POR LA VÍCTIMA DENTRO DEL EXPEDIENTE, LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL Y AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA**

	FORMULARIO		
	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO		
	CÓDIGO: DTS-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

#### VII. DAÑOS AL PROYECTO DE VIDA

#### VIII. OBSERVACIONES

	FORMULARIO		
	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO		
	CÓDIGO: DTS-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 6 de 7	

IX. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA										
Casa		Paredes		Techo		Piso		Servicios básicos		
Propia		Block		Terraza		Cerámico		Agua potable		
Alquilada		Lámina		Lámina		Ladrillo		Energía Eléctrica		
Prestada		Adobe		Otros		Granito		Extracción de basura		
Otros		Madera				Torta de Cemento		Cable		
		Otros					Tierra		Drenajes	
							Otros		Otros	
<p>Número de ambientes:</p> <p>Condiciones de la vivienda:</p> <p>Riesgos:</p>										

**Equipamiento y activos varios de la familia:**

Estufa ( )      Refrigeradora ( )      Microondas ( )      Radio ( )      DVD ( )  
 Lavadora ( )      Computadora ( )      Vehículo ( )      Motocicleta ( )      Otros: \_\_\_\_\_

---




---



---





	FORMULARIO		
	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO		
	CÓDIGO: DTS-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 7 de 7	

X. RECOMENDACIONES
Empty space for recommendations

(f) \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL QUE  
ELABORÓ EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-10	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 1 de 3	

		<b>EVALUACION DIAGNOSTICA - INICIAL</b>	
SEDE:		Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX	
Nombre:	Identificación:		
Tipo de Persona:	Parentesco:		
Es Víctima:	Fecha de Nacimiento:		
Es Víctima Indirecta:	Edad:		
Sexo:	Origen Etnico:		
Delitos:			


DOMINIO DE SEGURIDAD		1. Muy vulnerable	2. Vulnerable	3. Estable	4. Muy Estable
Subdominio	Puntuación	1	2	3	4
1. LA VÍCTIMA YA NO EXPERIMENTA ABUSO NI NEGLIGENCIA		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. LA VÍCTIMA YA NO EXPERIMENTA AMENAZAS DE PARTE DE PERSONAS SOSPECHOSAS U OTROS QUE INTENTEN REVICTIMIZAR **		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LA VÍCTIMA ES CAPAZ DE IDENTIFICAR Y MANEJAR LAS SITUACIONES DE RIESGO **		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PROMEDIO DOMINIO DE SEGURIDAD:</b>					
Observaciones:					
<small>*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad.  **Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.</small>					


  


DOMINIO PROTECCION LEGAL		1. Muy vulnerable	2. Vulnerable	3. Estable	4. Muy Estable
Subdominio	Puntuación	1	2	3	4
1. LA VÍCTIMA CONOCE SUS DERECHOS Y PROTECCIÓN BAJO LA LEY Y RECONOCE LA VIOLACIÓN DE ESOS DERECHOS Y PROTECCIÓN COMO FALTAS Y ABUSO **		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. LA DOCUMENTACIÓN Y ESTATUS LEGAL DE LA VÍCTIMA MINIMIZA LOS RIESGOS DE FUTURAS VULNERACIONES A SUS DERECHOS HUMANOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO AL SISTEMA DE JUSTICIA PARA BUSCAR PROTECCIÓN Y/O REPARACIONES POR VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS **		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PROMEDIO DOMINIO PROTECCION LEGAL:</b>					
Observaciones:					
<small>*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad.  **Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.</small>					

Usuario:  
Fecha impresión:  
1 de 3



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-10	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 2 de 3	



SEDE:

**EVALUACION DIAGNOSTICA - INICIAL**  
 Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX

---

**DOMINIO BIENESTAR MENTAL**

1. Muy vulnerable
2. Vulnerable
3. Estable
4. Muy Estable

Subdominio

	Puntuación	1	2	3	4
1. LA VÍCTIMA NO MANIFIESTA CONDUCTAS DE RIESGO. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. LA VÍCTIMA SE INVOLUCRA POSITIVAMENTE EN ACTIVIDADES DIARIAS. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LA VÍCTIMA UTILIZA HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO POSITIVAS. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VÍCTIMA DEMUESTRA ACTITUDES POSITIVAS Y COMPORTAMIENTOS DE EMPODERAMIENTO. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PROMEDIO DOMINIO BIENESTAR MENTAL:

Observaciones:

\*Para niños menores de 12 años, por favor califique el cuidador del menor de edad.  
 \*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.

---

**DOMINIO EMPODERAMIENTO ECONÓMICO Y EDUCACIÓN**

1. Muy vulnerable
2. Vulnerable
3. Estable
4. Muy Estable

Subdominio

	Puntuación	1	2	3	4
1. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA MANTIENE INGRESOS ECONÓMICOS ADECUADOS POR LABORES NO RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD DE EXPLOTACIÓN O MEDIANTE ACTIVOS PRODUCTIVOS QUE GENERAN GANANCIAS.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. LA VÍCTIMA DEMUESTRA HABILIDADES DE GESTIÓN FINANCIERA. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A UNA RED DE SEGURIDAD FINANCIERA ADECUADA.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VÍCTIMA SE INVOLUCRA POSITIVAMENTE EN LA ESCUELA, EL TRABAJO O CENTROS DE FORMACIÓN. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PROMEDIO DOMINIO EMPODERAMIENTO ECONÓMICO Y EDUCACIÓN:

Observaciones:

\*Para niños menores de 12 años, por favor califique el cuidador del menor de edad.  
 \*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.

---

**DOMINIO APOYO SOCIAL**

1. Muy vulnerable
2. Vulnerable
3. Estable
4. Muy Estable

Subdominio


	Puntuación	1	2	3	4
1. LA VÍCTIMA ES APOYADA EMOCIONALMENTE CON RELACIONES POSITIVAS Y SALUDABLES. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA APOYA SU BIENESTAR.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LA VÍCTIMA NO EXPERIMENTA DISCRIMINACIÓN NI PRESIÓN SOCIAL NEGATIVA. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A RECURSOS COMUNITARIOS Y ESTRUCTURAS DE APOYO.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


PROMEDIO DOMINIO APOYO SOCIAL:


Observaciones:

\*Para niños menores de 12 años, por favor califique el cuidador del menor de edad.  
 \*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.

Usuario: \_\_\_\_\_ Fecha Impresión: \_\_\_\_\_



	FORMULARIO		
	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL		
	CÓDIGO: DTS-FOR-10	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 3 de 3	



**EVALUACION DIAGNOSTICA - INICIAL**  
 SEDE: \_\_\_\_\_ Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX

**DOMINIO BIENESTAR FISICO**

1. Muy vulnerable    2. Vulnerable    3. Estable    4. Muy Estable


Subdominio	Puntuación	1	2	3	4
1. LA VICTIMA TIENE ACCESO A SERVICIOS MEDICOS ESENCIALES		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. LA VICTIMA CUIDA DE SUS NECESIDADES DE SALUD **		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LA VICTIMA TIENE ACCESO A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS ADECUADAS QUE IMPACTAN POSITIVAMENTE LA SALUD		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VICTIMA TIENE VIVIENDA ESTABLE		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. LA VIVIENDA DE LA VICTIMA ESTA SEGURA Y LIBRE DE PELIGROS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PROMEDIO DOMINIO BIENESTAR FISICO:**  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

\*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad.  
 \*\*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente al cuidador del menor de edad.


Resultado	Observaciones generales
Descripción	Promedio
1. SEGURIDAD	
2. PROTECCION LEGAL	
3. BIENESTAR MENTAL	
4. EMPODERAMIENTO ECONOMICO Y EDUCACION	
5. APOYO SOCIAL	
6. BIENESTAR FISICO	
<b>Promedio General</b>	


Fecha	Comentario	Plan de Tratamiento	Servicio	Usuario
		Plan		



Usuario: \_\_\_\_\_ Fecha impresión: \_\_\_\_\_ 3 de 3



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>EVALUACIÓN FINAL DE IMPACTO</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-11	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**

**EVALUACIÓN FINAL DE IMPACTO**

**SEDE:**

Nombre \_\_\_\_\_

Tipo de Persona \_\_\_\_\_

Es Víctima \_\_\_\_\_

Es Víctima Indirecta \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Delitos \_\_\_\_\_

Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX

Identificación \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Origen Étnico \_\_\_\_\_

---

**DOMINIO DE SEGURIDAD**

Subdominio

1. LA VÍCTIMA YA NO EXPERIMENTA ABUSO NI NEGLIGENCIA

2. LA VÍCTIMA YA NO EXPERIMENTA AMENAZAS DE PARTE DE PERSONAS SOSPECHOSAS U OTROS QUE INTENTEN REVICTIMIZAR \*\*

3. LA VÍCTIMA ES CAPAZ DE IDENTIFICAR Y MANEJAR LAS SITUACIONES DE RIESGO \*\*

**Puntuación**

1 2 3 4

○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○

**PROMEDIO DOMINIO DE SEGURIDAD:**

Observaciones:

\*\*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad.

\*\*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.

1. Muy vulnerable 2. Vulnerable 3. Estable 4. Muy Estable

---

**DOMINIO PROTECCIÓN LEGAL**

Subdominio

1. LA VÍCTIMA CONOCE SUS DERECHOS Y PROTECCIÓN BAJO LA LEY Y RECONOCE LA VIOLACIÓN DE ESOS DERECHOS Y PROTECCIÓN COMO FALTAS Y ABUSO \*\*

2. LA DOCUMENTACIÓN Y ESTATUS LEGAL DE LA VÍCTIMA MINIMIZA LOS RIESGOS DE FUTURAS VULNERACIONES A SUS DERECHOS HUMANOS

3. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO AL SISTEMA DE JUSTICIA PARA BUSCAR PROTECCIÓN Y/O REPARACIONES POR VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS \*\*

**Puntuación**

1 2 3 4

○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○

**PROMEDIO DOMINIO PROTECCIÓN LEGAL:**

Observaciones:


\*\*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad.

\*\*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.


1. Muy vulnerable 2. Vulnerable 3. Estable 4. Muy Estable


Usuario: \_\_\_\_\_

Fecha Impresión: \_\_\_\_\_



1 de 3

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>EVALUACIÓN FINAL DE IMPACTO</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-11	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
Página 2 de 3			



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**

**EVALUACIÓN FINAL DE IMPACTO**

SEDE: \_\_\_\_\_

Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX

---

**DOMINIO BIENESTAR MENTAL**

1. Muy vulnerable
2. Vulnerable
3. Estable
4. Muy Estable

Subdominio

	Puntuación	1	2	3	4
1. LA VÍCTIMA NO MANIFIESTA CONDUCTAS DE RIESGO. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. LA VÍCTIMA SE INVOLUCRA POSITIVAMENTE EN ACTIVIDADES DIARIAS. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LA VÍCTIMA UTILIZA HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO POSITIVAS. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VÍCTIMA DEMUESTRA ACTITUDES POSITIVAS Y COMPORTAMIENTOS DE EMPODERAMIENTO. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PROMEDIO DOMINIO BIENESTAR MENTAL:

Observaciones: \_\_\_\_\_

\*Para niños menores de 12 años, por favor califique a cuidador del menor de edad.  
\*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.

---

**DOMINIO EMPODERAMIENTO ECONÓMICO**

1. Muy vulnerable
2. Vulnerable
3. Estable
4. Muy Estable

Subdominio

	Puntuación	1	2	3	4
1. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA MANTIENE INGRESOS ECONÓMICOS ADECUADOS POR LABORES NO RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD DE EXPLOTACIÓN O MEDIANTE ACTIVOS PRODUCTIVOS QUE GENERAN GANANCIAS.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. LA VÍCTIMA DEMUESTRA HABILIDADES DE GESTIÓN FINANCIERA. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A UNA RED DE SEGURIDAD FINANCIERA ADECUADA.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VÍCTIMA SE INVOLUCRA POSITIVAMENTE EN LA ESCUELA, EL TRABAJO O CENTROS DE FORMACIÓN. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PROMEDIO DOMINIO EMPODERAMIENTO ECONÓMICO Y EDUCACIÓN:

Observaciones: \_\_\_\_\_

\*Para niños menores de 12 años, por favor califique a cuidador del menor de edad.  
\*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.

---

**DOMINIO APOYO SOCIAL**

1. Muy vulnerable
2. Vulnerable
3. Estable
4. Muy Estable

Subdominio


	Puntuación	1	2	3	4
1. LA VÍCTIMA ES APOYADA EMOCIONALMENTE CON RELACIONES POSITIVAS Y SALUDABLES. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA APOYA SU BIENESTAR.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LA VÍCTIMA NO EXPERIMENTA DISCRIMINACIÓN NI PRESIÓN SOCIAL NEGATIVA. *		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A RECURSOS COMUNITARIOS Y ESTRUCTURAS DE APOYO.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PROMEDIO DOMINIO APOYO SOCIAL:


Observaciones: \_\_\_\_\_


\*Para niños menores de 12 años, por favor califique a cuidador del menor de edad.  
\*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad.

Usuario: \_\_\_\_\_ Fecha impresión: \_\_\_\_\_



2 de 3

	FORMULARIO		
	EVALUACIÓN FINAL DE IMPACTO		
	CÓDIGO: DTS-FOR-11	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
		Página 3 de 3	



**EVALUACION FINAL DE IMPACTO**  
 SEDE: \_\_\_\_\_  
 Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX

**DOMINIO BIENESTAR FISICO**

1. Muy vulnerable    2. Vulnerable    3. Estable    4. Muy Estable

Subdominio	Puntuacion	1	2	3	4
1. LA VICTIMA TIENE ACCESO A SERVICIOS MEDICOS ESENCIALES.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. LA VICTIMA CUIDA DE SUS NECESIDADES DE SALUD **		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LA VICTIMA TIENE ACCESO A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS ADECUADAS QUE IMPACTAN POSITIVAMENTE LA SALUD		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. LA VICTIMA TIENE VIVIENDA ESTABLE		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. LA VIVIENDA DE LA VICTIMA ESTÁ SEGURA Y LIBRE DE PELIGROS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


**PROMEDIO DOMINIO BIENESTAR FISICO:** \_\_\_\_\_


**Observaciones:**  
\*Para niños menores de 12 años, por favor califique al cuidador del menor de edad  
 \*\*Para niños menores de 3 años, por favor califique solamente cuidador del menor de edad


Resultado	Observaciones generales														
<table border="0"> <tr> <th>Descripción</th> <th>Promedio</th> </tr> <tr> <td>1 SEGURIDAD</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2 PROTECCION LEGAL</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>3 BIENESTAR MENTAL</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>4 EMPODERAMIENTO ECONOMICO Y EDUCACIÓN</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>5 APOYO SOCIAL</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>6 BIENESTAR FISICO</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Descripción	Promedio	1 SEGURIDAD	<input type="radio"/>	2 PROTECCION LEGAL	<input type="radio"/>	3 BIENESTAR MENTAL	<input type="radio"/>	4 EMPODERAMIENTO ECONOMICO Y EDUCACIÓN	<input type="radio"/>	5 APOYO SOCIAL	<input type="radio"/>	6 BIENESTAR FISICO	<input type="radio"/>	
Descripción	Promedio														
1 SEGURIDAD	<input type="radio"/>														
2 PROTECCION LEGAL	<input type="radio"/>														
3 BIENESTAR MENTAL	<input type="radio"/>														
4 EMPODERAMIENTO ECONOMICO Y EDUCACIÓN	<input type="radio"/>														
5 APOYO SOCIAL	<input type="radio"/>														
6 BIENESTAR FISICO	<input type="radio"/>														

Fecha	Comentario	Plan de Tratamiento Plan	Servicio	Usuario

Usuario
Fecha Impresión
3 de 3



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-3	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
SEDE: SEDE CENTRAL


**FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS**  
REF-EX-4-2022-32

Lugar y fecha: 09-09-2022  
 Número de expediente:  
 Tipo de delito:  
 Tipo de víctima:

I. DATOS GENERALES	
Nombre completo	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Documento Personal de Identificación	
Idioma	
Religión	
Sexo	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Tipo de discapacidad	
¿La persona recibe atención diferenciada y especializada?	
Dirección completa del domicilio	
Números de teléfono	


II. INSTITUCIÓN A DONDE SE REFIERE	
Nombre de la Institución/organización	
Área a donde se refiere	
Dirección	
Atención que necesita	


Usuario: Lucio Villar Riancho Salsor@INVI-Represión 14-07-2023 08:50:34



1 de 2




	FORMULARIO			
	FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS			
	CÓDIGO: DTS-FOR-3	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 2 de 2



INSTITUTO DE LA  
**VÍCTIMA**  
SEDE: SEDE CENTRAL


FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS  
REF-EX-4-2022-32


Fecha Referencia: 09-09-2022  
 Nombre Trabajadora Social: \_\_\_\_\_  
 Firma Trabajadora Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha Recibida: \_\_\_\_\_  
 Firma Referencia Recibida: \_\_\_\_\_



Usuario: Luisa Villegas Rentería Sabido  
 Fecha: 14-07-2023 08:56:34

2 de 2


	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

	<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b> SEDE: SEDE CENTRAL REF-EX-X-XXXX-XX
---	---


Lugar y fecha:  
 Número de expediente:  
 Tipo de delito:  
 Tipo de víctima:



I. DATOS GENERALES	
Nombre completo	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Documento Personal de Identificación	
Idioma	
Religión	
Sexo	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Tipo de discapacidad	
¿La persona recibe atención diferenciada y especializada?	
Dirección completa del domicilio	
Números de teléfono	


II. DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE	
Nombre	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Documento identificación representante	
Sexo	
Dirección de domicilio	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Números de teléfono	
Parentesco o relación con el NNA o con persona que acompaña	





Usuario: Fecha impresión: 1 de 2


	FORMULARIO		
	FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES		
	CÓDIGO: DTS-FOR-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 2


		<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b> REF-EX-X-XXXX-XX	
<b>II. INSTITUCIÓN A DONDE SE REFIERE</b>			
Nombre de la Institución/ organización			
Área a donde se refiere			
Dirección			
Atención que necesita			
Fecha Referencia: _____ Nombre Trabajadora Social: _____ Firma Trabajadora Social: _____ Fecha Recibida: _____ Firma Referencia Recibida: _____			
			
Usuario: Luis Vitor Pizarro Segura   Fecha de impresión: 14.07.2023 09:45:16   2 de 2			

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 1 de 2

	<b>FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS</b> REF-IN-2-2022-1192
Lugar y fecha	19-10-2022
Número de expediente	
Tipo de delito	
Tipo de víctima	
<b>I. DATOS GENERALES</b>	
Nombre completo	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Documento Personal de Identificación	
Idioma	
Religión	
Sexo	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Tipo de discapacidad	
¿La persona recibe atención diferenciada y especializada?	
Dirección completa del domicilio	
Números de teléfono	
<b>III. ÁREA DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN VICTIMOLÓGICA A LA QUE REFIERE</b>	
<b>3. MOTIVOS DE LA REFERENCIA INTERNA:</b>	
<b>4. ASISTENCIA Y ATENCIÓN ESPECÍFICA QUE REQUIERE LA VÍCTIMA:</b>	
<b>5. FECHA DE ENTREGA DE LA REFERENCIA INTERNA:</b>	
	



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-5	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
SEDE: SEDE CENTRAL

**FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS**  
REF-IN-2-2022-1192

Fecha Referencia: 19-10-2022

Nombre Trabajadora Social: \_\_\_\_\_


Firma Trabajadora Social: \_\_\_\_\_


Fecha Recibida: 19-10-2022


Firma Referencia Recibida: \_\_\_\_\_

Usuario: Lucio Vider Platan Salsi@Pisa Expressión 14-07-2023 08:54:53

2 de 2




	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b>		
<b>CÓDIGO:</b> DTS-FOR-4	<b>VERSIÓN:</b> 3	<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b> 08/09/2023	<b>Página 1 de 2</b>

	<b>FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b> SEDE: SEDE CENTRAL REF-IN-1-2023-609
---	--


Lugar y fecha  
 Número de expediente  
 Tipo de delito  
 Tipo de víctima



I. DATOS GENERALES	
Nombre completo	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Documento Personal de Identificación	
Idioma	
Religión	
Sexo	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Tipo de discapacidad	
¿La persona recibe atención diferenciada y especializada?	
Dirección completa del domicilio	
Números de teléfono	


II. DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE	
Nombre	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Documento identificación representante	
Sexo	
Dirección de domicilio	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Números de teléfono	
Parentesco o relación con el NNA o con persona que acompaña	




1 de 2

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b>		
CÓDIGO: DTS-FOR-4	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 2 de 2

	<b>FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b> <small>REF-IN-1-2023-609</small>
<b>III. ÁREA DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN VICTIMOLÓGICA A LA QUE REFIERE</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
<b>3. MOTIVOS DE LA REFERENCIA INTERNA:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
<b>4. ASISTENCIA Y ATENCIÓN ESPECÍFICA QUE REQUIERE LA VÍCTIMA:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
<b>5. FECHA DE ENTREGA DE LA REFERENCIA INTERNA:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Fecha Referencia: _____ Nombre Trabajadora Social: _____ Firma Trabajadora Social: _____ Fecha Recibida: _____ Firma Referencia Recibida: _____	
	

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-13	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023




**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
SEDE: SEDE CENTRAL


**FICHA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA**  
Fecha Formulario: 14-07-2023


DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA	
Nombre:	
¿Cómo le gusta que le llamen?	
Edad:	
Fecha de nacimiento:	
Dirección:	
Teléfono:	
Estado civil:	
Nacionalidad:	
Número de Documento Personal de Identificación:	
Idioma:	
Religión:	
Sexo:	
Orientación sexual:	
Identidad de género:	
Escolaridad:	
Profesión u oficio:	
Tipo de discapacidad:	
Origen Etnico:	
País de origen:	
Número de Caso:	
Tipo de Delito:	
Servicio:	

Usuario: xlab01      Fecha Impresión: 14-07-2023 08:45:11      1 de 2





	FORMULARIO		
	FICHA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA		
	CÓDIGO: DTS-FOR-13	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 2



SEDE: SEDE CENTRAL


**FICHA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA**

Fecha Formulario: 14-07-2023

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL


OBSERVACIONES




Usuario: vxabon


Fecha Impresión: 14-07-2023 08:45:11

2 de 2

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-12	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 1 de 2

		<b>FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO</b> Fecha Formulario: 18-05-2023	
<b>DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA</b>			
Nombre			
¿Cómo le gusta que le llamen?			
Edad			
Fecha de nacimiento			
Estado civil			
Nacionalidad			
Número de Documento Personal de Identificación			
Idioma			
Religión			
Sexo			
Orientación sexual:			
Identidad de género:			
Escolaridad			
Profesión u oficio			
Tipo de discapacidad			
Origen Etnico:			
País de origen:			
Número de Caso			
Tipo de Delito			
Servicio			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>Usuario: vrsdgm</span> <span>Fecha Impresión: 14-07-2023 08:53:45</span> <span>1 de 2</span> </div>			



	FORMULARIO		
	INFORME DE ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-FOR-7	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 1 de 3

## INFORME DE ATENCIÓN SOCIAL

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Tipo de delito: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_


Destinatario:

Institución:

De acuerdo con su requerimiento, remito informe relacionado a: (nombre de la víctima)

I.DATOS GENERALES	
Nombre Completo	
Edad	
Lugar y fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Tipo de documento personal de identificación	
Número de documento personal de identificación	
Idioma	
Religión	
Sexo	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Dirección completa del domicilio:	



	FORMULARIO		
	INFORME DE ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-FOR-7	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023


## II. OBJETIVO DEL INFORME

## III. METODOLOGÍA UTILIZADA

Para el informe, se utiliza la herramienta de Evaluación Diagnóstica Inicial del Instituto de la Víctima con el apoyo del método de casos y las siguientes técnicas: a) Entrevista, b) Visita domiciliar y c) Observación

## IV. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS COLATERALES

Utilizar comillas, diferenciando las palabras de la persona atendida; hacer uso de paréntesis para las aclaraciones del profesional que brindó atención.

	FORMULARIO		
	INFORME DE ATENCIÓN SOCIAL		
	CÓDIGO: DTS-FOR-7	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

**V. CONCLUSIONES**


**VI. RECOMENDACIONES Y ACCIONES VICTIMOLÓGICAS**

**VII. ANEXOS**

(f) \_\_\_\_\_


NOMBRE DEL PROFESIONAL

SELLO DEL PROFESIONAL

	<b>FORMULARIO</b>			
	<b>INFORME DE CIERRE DE CASO</b>			
	CÓDIGO: DTS-FOR-14	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 1 de 2

## INFORME DE CIERRE DE CASO

I.DATOS GENERALES	
Nombre Completo	
Edad	
Lugar y fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Tipo de documento personal de identificación	
Número de documento personal de identificación	
Idioma	
Religión	
Sexo	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Dirección completa del domicilio:	
Fecha de intervención	

	FORMULARIO		
	INFORME DE CIERRE DE CASO		
	CÓDIGO: DTS-FOR-14	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

## II. ACCIONES VICTIMOLÓGICAS REALIZADAS

Descripción del proceso de atención social: *Explicar qué se ha trabajado, acciones realizadas (visita domiciliaria, entrevistas, observación, estudio socioeconómico) logros y avances obtenidos, incluso retrocesos en el proceso de atención social.*

## III. MOTIVO DE CIERRE

*Explicar las razones por las cuales se suspende la atención social, por ejemplo: (ya no está interesada en los servicios del Instituto, ejecución de la reparación, digna, etcétera)*


(f) \_\_\_\_\_

TRABAJADOR (A) SOCIAL A CARGO DEL CASO

Revisado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



	FORMULARIO		
	INFORME DE LOCALIZACIÓN		
	CÓDIGO: DTS-FOR-18	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 1 de 1


Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

## INFORME DE LOCALIZACIÓN

Nombre de expediente	
Tipo de delito	
Nombre de la Víctima	
Objetivo del informe	
Descripción	
Conclusiones	
Recomendaciones	

(f) \_\_\_\_\_

NOMBRE Y SELLO DE TRABAJADOR (A) SOCIAL

	FORMULARIO		
	INFORME SOBRE EL NIVEL DE RIESGO		
	CÓDIGO: DTS-FOR-20	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 1 de 1

Fecha:  
Delito:  
Expediente:

## INFORME SOBRE EL NIVEL DE RIESGO

**Destinatario:**

**Institución:**

### I. Datos generales de la víctima:

Nombre:

Numero de -DPI - :

### II. Antecedentes:


Breve descripción del delito, año de denuncia y sindicado

### III. Hechos Referidos:

Situación actual, derivado del hecho delictivo

### IV. Recomendaciones:

F: \_\_\_\_\_  
Nombre, No. de Colegiado y puesto de Trabajadora Social

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME SOCIAL CON FINES PENALES</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-8	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 1 de 4

## INFORME SOCIAL CON FINES PENALES

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Tipo de delito: \_\_\_\_\_


Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Destinatario:

Institución:

De acuerdo con su requerimiento, remito informe relacionado a: (nombre de la víctima)

I.DATOS GENERALES	
Nombre Completo	
Edad	
Lugar y fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Tipo de documento personal de identificación	
Número de documento personal de identificación	
Idioma	
Religión	
Sexo	
Escolaridad	
Ocupación/oficio	
Dirección completa del domicilio:	
Fecha de intervención	

	FORMULARIO		
	INFORME SOCIAL CON FINES PENALES		
	CÓDIGO: DTS-FOR-8	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
Página 2 de 4			

## II. OBJETIVO DEL INFORME

## III. METODOLOGÍA UTILIZADA

Se utiliza la metodología de casos, apoyada en las siguientes técnicas: a) Revisión de fuentes documentales, b) visita domiciliar c) entrevista a víctimas directas y colaterales o testigos, observación.

## IV. ANTECEDENTES

Trasladar la síntesis del hecho delictivo

## V. HECHOS REFERIDOS DE ACUERDO AL HECHO VICTIMIZANTE

Relato de la víctima:


Utilizar comillas, diferenciando las palabras de la persona evaluada y entre paréntesis, las aclaraciones hechas por el profesional en trabajo social

## VI. GASTOS GENERADOS DESDE QUE OCURRIÓ EL HECHO DELICTIVO

Trasladar al cuadro los gastos, de acuerdo con el hecho delictivo y en orden cronológico

Descripción (por rubro de gasto)	Monto



	FORMULARIO		
	INFORME SOCIAL CON FINES PENALES		
	CÓDIGO: DTS-FOR-8	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
Página 3 de 4			

## VII. DINAMICA DEL GRUPO FAMILIAR

Se establece el contexto familiar de acuerdo a lo descrito en el estudio socioeconómico

## VIII. SITUACIÓN ECONÓMICA

Describir la situación económica, de acuerdo con lo descrito en el estudio socioeconómico.

## IX. CONCLUSIONES

### 1. Sobre las condiciones sociales y económicas de la víctima

- Trasladar de forma descriptiva a este espacio, los datos generales de la víctima
- Completar esta información con los datos en torno a su posición en la familia, situación de convivencia entre otro, así como dirección de residencia y tipo de vivienda, formación y empleo, situación económica estable o inestable, pobreza, pobreza extrema, según lo considere. Esta información, permite que quien lea el informe sepa quien es la víctima, así como su contexto económico y social

### 2. Daño al proyecto de vida


Incluir la descripción y el análisis de los hechos, tratando de rescatar las respuestas a preguntas que colaboran en el proceso legal: ¿qué sucedió?, ¿dónde?, ¿cómo?, ¿cuándo?, a quién? y ¿por quién fueron cometidos los hechos denunciados?, ¿a quiénes afectó? Hay que destacar "Cómo" llegó a suceder la victimización relacionada con los hechos que constan en la denuncia.

Así mismo, se deben describir los factores de vulnerabilidad: edad, sexo, estereotipos y prejuicios de género, condiciones de vivienda, contexto social, pertenencia étnica, discapacidad, condición de migrante, relación con el/la agresor, actividad laboral, escolaridad, empleo/ ingresos, otros. Esta información permite que el lector, ubique quién es la víctima durante el hecho y los factores de vulnerabilidad social que la rodean.

Determinar con precisión, las consecuencias, secuelas o impacto en el proyecto de vida de la víctima (familia, trabajo, comunidad, salud física y emocional, daño económico/ingresos, situación de hijas e hijos)

Triangular la información desde la investigación de acuerdo con el recuadro DA-VU-RI del estudio socioeconómico, desde la teoría y desde la opinión profesional.

Generar las conclusiones y citar la bibliografía. Esta información permite, que el lector sepa quién es

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME SOCIAL CON FINES PENALES</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-8	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 4 de 4

la víctima después del hecho y cómo le afectó en su proyecto de vida.

#### X. RECOMENDACIONES

- a) En cuanto al deterioro de áreas de desarrollo humano (familia, trabajo, estudio comunidad).
- b) Área de salud física y emocional
- c) Área social
- d) Área legal
- e) Área económica
- Posicionar la reparación digna en sus recomendaciones de acuerdo con el recuadro RE-FACTOR de protección o reparador del estudio socioeconómico.
- Tomar en cuenta a la Red de Derivación y otras instancias que puedan coadyuvar al cumplimiento de la restitución, la rehabilitación, la indemnización, las medidas de satisfacción y garantías de no repetición que puede ser parte del sindicato o del Estado. (Girón Palles, 2017).

Esta información permite que el lector conozca las necesidades que tiene la víctima, para reparar el daño que se le ha causado y quiénes intervinieron en su recuperación a nivel personal, institucional y comunitario.

(f) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL

SELLO DEL PROFESIONAL