

**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:

<b>DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS</b>				
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

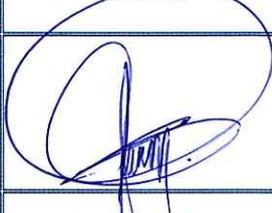
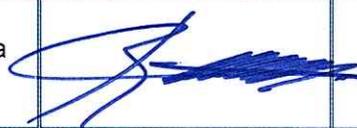
	<b>MANUAL</b>		
	<b>PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS</b>		
	CÓDIGO: DSV-MA-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

<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

Etapas	Nombre y cargo	Firma	Fecha
<b>Elaborado por:</b>	Mgr. 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

--

	<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 3 de 7

## ÍNDICE

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

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

## 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.

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

## 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

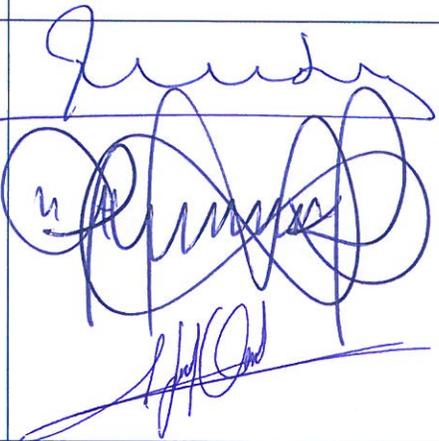
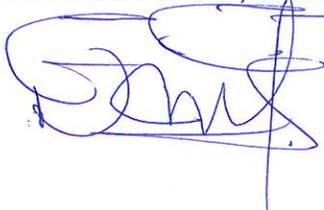
	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 23

<b>Vigencia:</b> 22/09/2023	<b>Código:</b> DAL-DSV-PRO-1	<b>Elaboración:</b> 25/08/2023
-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

**Ámbito de Aplicación:**

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

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

Etapas	Nombre y cargo	Firma
<b>Elaborado por:</b>	<p>Lic. Jeremy David Arrecis Muñoz Jefe del Departamento de Litigio Estratégico y Reparación Digna</p> <p>Lic. Allan Josué Maas Jácome Jefe del Departamento de Impugnaciones, Acciones Constitucionales y Control de Convencionalidad</p> <p>Licda. Joselin Analy Ostorga Castro Jefa del Departamento Trabajo Social Dirección de Servicios Victimológicos</p>	
<b>Diseñado y Estructurado por:</b>	<p>Londy Lucrecia Elias Ceseña Jefe III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional</p>	
<b>Revisado y Aprobado por:</b>	<p>Lic. Rodolfo Fidel Díaz Tello Director de Asistencia Legal</p> <p>Lic. David Antonio Monterroso Fuentes Director de Servicios Victimológicos</p>	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

## 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.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

- 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 sustitutos 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.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	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>		
1.	<b>Registro de los datos del usuario</b>	<p>Persona designada que registra información</p> <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>
2.	<b>Ingreso a Sede o Subsele</b>	<p>Abogado (a) / Trabajador (a) Social / Personal de Turno</p> <p>Realiza el ingreso del usuario a los servicios que presta el Instituto de la Víctima en la Sede o Subsele a la que se presente para ser atendido.</p>
3.	<b>Orientación Legal Victimológica</b>	<p>Abogado (a) / Trabajador (a) Social / Personal de Turno</p> <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>
4.	<b>Identificación de la necesidad y no admisibilidad</b>	<p>Abogado (a) / Trabajador (a) Social</p> <p>Identifican la necesidad, brindan orientación legal victimológica y se deriva cuando corresponda utilizando la Ficha de Referencia Externa.</p> <p>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>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

			<p><b>la Ficha de Referencia Externa para Adultos DTS-FOR-3.</b></p>
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>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

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.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

#### **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

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

## 5. ANEXOS

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>PRIMER CONTACTO</b>		
CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁGINA: 1 DE 1





### 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 digna que ofrece el Instituto comprende la restauración del derecho lesionado por el hecho delictivo, que incluye desde reconocer a la víctima como persona con todas sus circunstancias, evitar el riesgo de ser víctima de delitos que afecten la integridad física, hasta las alternativas disponibles para su reintegración social y fin de su sufrimiento o hacer que lo más pronto posible sea ejercido amparado en la medida que tal reparación sea humanamente posible y, en su caso, la indemnización de los daños y perjuicios derivantes 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 VIOLÓ.

02

**REHABILITACIÓN**

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

03

**COMPENSACIÓN**

SE REFIEREN A QUE LAS VÍCTIMAS DE DELITOS PUEDEN SER INDEMNIZADAS ECONÓMICAMENTE POR EL DAÑO FÍSICO O MENTAL QUE HUBIERON SUFRIDO, POR LA PERDIDA DE INGRESOS, 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 NO MATERIALES QUE SEAN DEL AGRAVO 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 OJO VÍCTIMAS DE UN DELITO Y LUEGO SE DEBEN TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR QUE ESTA SITUACIÓN VUELVA A SUFRIR, CAMBIANDO LAS CAUSAS Y LOS CONTEXTO QUE ESTÁN A LAS PERSONAS EN UNA CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD.





	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 11 de 23

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA ÚNICA DE REGISTRO DE LA VÍCTIMA</b>		
CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 11 de 23



**PLATAFORMA DE REGISTRO DE LA VÍCTIMA**  
Aplicación desarrollada por SIAMI

---

**II. DATOS GENERALES DE LOS HECHOS**

<b>Lugar:</b>	<b>País:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Municipio:</b>
<b>Municipio:</b>	<b>Barrio:</b>
<b>Fecha y hora:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Nombre del artículo:</b>	<b>Artículo:</b>
<b>Actos con los que se relaciona:</b>	

---

**III. DATOS PERSONALES**

**II. VÍCTIMA**

**NOMBRE:**

**TÍTULO DE HECHOS:**



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

	<b>FORMULARIO</b>			
	<b>L'UNION FEDERAL D'EMPLOI DE LA VICTIMA POUR L'ADMISSION DE CASOS EN MATIERE DE VIOLENCE SEXUELLE</b>			
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 - ORIENTACIÓN LEGAL

**OBJETIVO**

El objetivo de este formulario es proporcionar información sobre el procedimiento de admisión de casos en materia de violencia sexual, así como sobre los servicios de apoyo que se ofrecen a las víctimas.

**ALCANCE**

Este formulario aplica a todas las víctimas de violencia sexual que deseen presentar un caso ante el sistema de justicia.

**DEFINICIONES**

Se define como víctima a toda persona que haya sido víctima de un acto de violencia sexual, independientemente de si ha denunciado o no el hecho.

**PROCEDIMIENTO**

1. La víctima debe acudir a una oficina de atención a las víctimas o a una oficina de atención a las víctimas en su domicilio.

2. La víctima debe proporcionar información sobre el hecho que motivó su denuncia.

3. La víctima debe proporcionar información sobre su situación actual y sobre sus necesidades.

4. La víctima debe proporcionar información sobre su situación económica y sobre sus recursos.

5. La víctima debe proporcionar información sobre su situación social y sobre sus relaciones familiares.

6. La víctima debe proporcionar información sobre su situación psicológica y sobre sus sentimientos.

7. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de salud y sobre sus necesidades de atención médica.

8. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de vivienda y sobre sus necesidades de atención social.

9. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de trabajo y sobre sus necesidades de atención económica.

10. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de estudios y sobre sus necesidades de atención educativa.

11. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de transporte y sobre sus necesidades de atención de movilidad.

12. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de alimentación y sobre sus necesidades de atención nutricional.

13. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de vestido y sobre sus necesidades de atención de higiene personal.

14. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de recreación y sobre sus necesidades de atención cultural.

15. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación ciudadana y sobre sus necesidades de atención política.

16. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación comunitaria y sobre sus necesidades de atención social.

17. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación deportiva y sobre sus necesidades de atención recreativa.

18. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación artística y sobre sus necesidades de atención cultural.

19. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación científica y sobre sus necesidades de atención educativa.

20. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación tecnológica y sobre sus necesidades de atención educativa.

	<b>FORMULARIO</b>			
	<b>L'UNION FEDERAL D'EMPLOI DE LA VICTIMA POUR L'ADMISSION DE CASOS EN MATIERE DE VIOLENCE SEXUELLE</b>			
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 - ORIENTACIÓN LEGAL

**OBJETIVO**

El objetivo de este formulario es proporcionar información sobre el procedimiento de admisión de casos en materia de violencia sexual, así como sobre los servicios de apoyo que se ofrecen a las víctimas.

**ALCANCE**

Este formulario aplica a todas las víctimas de violencia sexual que deseen presentar un caso ante el sistema de justicia.

**DEFINICIONES**

Se define como víctima a toda persona que haya sido víctima de un acto de violencia sexual, independientemente de si ha denunciado o no el hecho.

**PROCEDIMIENTO**

1. La víctima debe acudir a una oficina de atención a las víctimas o a una oficina de atención a las víctimas en su domicilio.

2. La víctima debe proporcionar información sobre el hecho que motivó su denuncia.

3. La víctima debe proporcionar información sobre su situación actual y sobre sus necesidades.

4. La víctima debe proporcionar información sobre su situación económica y sobre sus recursos.

5. La víctima debe proporcionar información sobre su situación social y sobre sus relaciones familiares.

6. La víctima debe proporcionar información sobre su situación psicológica y sobre sus sentimientos.

7. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de salud y sobre sus necesidades de atención médica.

8. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de vivienda y sobre sus necesidades de atención social.

9. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de trabajo y sobre sus necesidades de atención económica.

10. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de estudios y sobre sus necesidades de atención educativa.

11. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de transporte y sobre sus necesidades de atención de movilidad.

12. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de alimentación y sobre sus necesidades de atención nutricional.

13. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de vestido y sobre sus necesidades de atención de higiene personal.

14. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de recreación y sobre sus necesidades de atención cultural.

15. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación ciudadana y sobre sus necesidades de atención política.

16. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación comunitaria y sobre sus necesidades de atención social.

17. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación deportiva y sobre sus necesidades de atención recreativa.

18. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación artística y sobre sus necesidades de atención cultural.

19. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación científica y sobre sus necesidades de atención educativa.

20. La víctima debe proporcionar información sobre su situación de participación tecnológica y sobre sus necesidades de atención educativa.



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

<b>VICTIMA</b>	<b>FORMULARIO</b> <b>COMPROBAMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b>		
	CÓDIGO DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN 3	FECHA DE APROBACIÓN 08/09/2023
	Página 1 de 2		

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA

**FORMULARIO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
Formulario 08/09/2023

Número de VÍ: \_\_\_\_\_

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

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

El Instituto de la Víctima brinda servicios para adultos que han sido víctimas de delitos de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica. Estos servicios son gratuitos y confidenciales. El objetivo de estos servicios es brindar apoyo emocional, legal y psicológico a las víctimas de estos delitos, así como brindarles información sobre sus derechos y opciones de defensa legal. Este formulario tiene como propósito informar a las víctimas de los servicios que el Instituto de la Víctima ofrece y obtener su consentimiento informado para recibirlos.

**Antecedentes:**

- 1. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 2. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 3. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 4. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 5. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.

**Antecedentes:**

- 1. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 2. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 3. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 4. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 5. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.

**Antecedentes:**

- 1. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 2. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 3. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 4. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 5. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.

**Antecedentes:**

- 1. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 2. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 3. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 4. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 5. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**

<b>VICTIMA</b>	<b>FORMULARIO</b> <b>COMPROBAMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b>		
	CÓDIGO DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN 3	FECHA DE APROBACIÓN 08/09/2023
	Página 2 de 2		

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA

**FORMULARIO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
Formulario 08/09/2023

Número de VÍ: \_\_\_\_\_

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

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

El Instituto de la Víctima brinda servicios para adultos que han sido víctimas de delitos de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica. Estos servicios son gratuitos y confidenciales. El objetivo de estos servicios es brindar apoyo emocional, legal y psicológico a las víctimas de estos delitos, así como brindarles información sobre sus derechos y opciones de defensa legal. Este formulario tiene como propósito informar a las víctimas de los servicios que el Instituto de la Víctima ofrece y obtener su consentimiento informado para recibirlos.

**Antecedentes:**

- 1. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 2. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 3. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 4. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 5. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.

**Antecedentes:**

- 1. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 2. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 3. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 4. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 5. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.

**Antecedentes:**

- 1. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 2. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 3. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 4. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 5. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.

**Antecedentes:**

- 1. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 2. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 3. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 4. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.
- 5. La víctima ha sido víctima de un delito de violencia intrafamiliar, sexual y doméstica.

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 15 de 23

	<b>FORMULARIO</b>		
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS QUE BRINDA EL RECURSO DE LA VÍCTIMA</b>			
CÓDIGO DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN 3	FECHA DE APROBACIÓN 08/09/23	Página 1 de 2

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**      **DAL-DSV-PRO-1 CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
Procedimiento DAL-DSV

**Consente por los puntos de interés por abolicionista la asistencia legal**

1. Asistencia de los servicios.
2. No asistir a los procedimientos de los organismos judiciales, sobre jurisdicción.
3. Faltar a citas, comparecer a juicio, pagar un abogado y los otros, asistencia y asistencia en los que se le requiere.
4. No colaborar en la búsqueda de pruebas de responsabilidad civil, criminal o penal, que permita el no responder por la responsabilidad y el deber de diligencia y asistencia social en materia de asistencia social.
5. Negarse a otro caso, salvo que exista un caso particular.
6. Que otro caso particular por un abogado particular.

**Consente por los puntos de interés por abolicionista la asistencia psicológica**

1. Asistir a los servicios de los que se le requiere, asistencia social y jurídica.
2. Asistencia de los servicios de asistencia social.
3. Responsabilidad administrativa, por parte de la persona de asistencia (administrativa), en procedimientos.
4. No colaborar en la búsqueda de pruebas de responsabilidad civil, criminal o penal, que permita el no responder por la responsabilidad y el deber de diligencia y asistencia social en materia de asistencia social.
5. Negarse a otro caso.

NOTIFICACIÓN al instituto para la asistencia y asistencia a la víctima del delito, para que se brinde asistencia por medio de los organismos judiciales, asistencia, asistencia penal, criminal y administrativa, que permita el no responder por la responsabilidad y el deber de diligencia y asistencia social en materia de asistencia social, que permita el no responder por la responsabilidad y el deber de diligencia y asistencia social en materia de asistencia social.

Yo, \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

Nombre de la persona que recibe: \_\_\_\_\_



	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 16 de 23

	<b>FORMULARIO</b> FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES ADOLESCENTES		
CÓDIGO: 0184-012	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 16 de 23

**VICTIMA** FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES ADOLESCENTES

Lugar: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
 Tipo de caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre de víctima: \_\_\_\_\_

**1 DATOS PERSONALES**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Nivel de estudios: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de contacto: \_\_\_\_\_  
 Tipo de contacto: \_\_\_\_\_  
 Lugar de contacto: \_\_\_\_\_  
 Nombre de contacto: \_\_\_\_\_  
 Cargo de contacto: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_  
 Fecha de contacto: \_\_\_\_\_

**2 DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O REPRESENTANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de contacto: \_\_\_\_\_  
 Tipo de contacto: \_\_\_\_\_  
 Lugar de contacto: \_\_\_\_\_  
 Nombre de contacto: \_\_\_\_\_  
 Cargo de contacto: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_  
 Fecha de contacto: \_\_\_\_\_

	<b>FORMULARIO</b> FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES ADOLESCENTES		
CÓDIGO: 0184-012	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 2 de 2

**VICTIMA** FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES ADOLESCENTES

Lugar: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
 Tipo de caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre de víctima: \_\_\_\_\_

**3 METODOS DE SEGUIMIENTO**

Método de seguimiento: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de seguimiento: \_\_\_\_\_  
 Responsable de seguimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio de seguimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha de término de seguimiento: \_\_\_\_\_

**4 DATOS DE CONTACTO**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de contacto: \_\_\_\_\_  
 Tipo de contacto: \_\_\_\_\_  
 Lugar de contacto: \_\_\_\_\_  
 Nombre de contacto: \_\_\_\_\_  
 Cargo de contacto: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_  
 Fecha de contacto: \_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

	<b>FORMULARIO</b> <b>FICHA DE REFERENCIA Y TERNIA PARA ADULTOS</b> <small>NO ES UN PROTOCOLO</small>
CÓDIGO: DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3
Página 17 de 23	Página 2 de 2

**VICTIMA** INSTITUTO DE LA VÍCTIMA

**FICHA DE REFERENCIA Y TERNIA PARA ADULTOS**  
NO ES UN PROTOCOLO

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Nombre de referencia: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Nombre de referencia: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

**I. DATOS DE REFERENCIA**

Nombre de referencia: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Tipo de referencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de referencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de referencia: \_\_\_\_\_

**II. REFERENCIA Y TERNIA DE REFERENCIA**

Nombre de referencia: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Tipo de referencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de referencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de referencia: \_\_\_\_\_

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA - MINISTERIO PÚBLICO - FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  


	<b>FORMULARIO</b> <b>FICHA DE REFERENCIA Y TERNIA PARA ADULTOS</b> <small>NO ES UN PROTOCOLO</small>
CÓDIGO: DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3
Página 17 de 23	Página 2 de 2

**VICTIMA** INSTITUTO DE LA VÍCTIMA

**FICHA DE REFERENCIA Y TERNIA PARA ADULTOS**  
NO ES UN PROTOCOLO

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Nombre de referencia: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Nombre de referencia: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

**I. DATOS DE REFERENCIA**

Nombre de referencia: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Tipo de referencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de referencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de referencia: \_\_\_\_\_

**II. REFERENCIA Y TERNIA DE REFERENCIA**

Nombre de referencia: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Tipo de referencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de referencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de admisión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de referencia: \_\_\_\_\_

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA - MINISTERIO PÚBLICO - FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  


	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 18 de 23

	<b>FORMULARIO</b> <b>EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA VÍCTIMA</b>		
CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 18 de 23

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA** EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA VÍCTIMA

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

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE VÍCTIMA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE DELITO: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE CASO: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE VÍCTIMA: \_\_\_\_\_

---

**SECCIÓN DE SEVERIDAD** 1. No Aplicable 2. Leve 3. Moderada 4. Grave 5. Muy Grave

**SEVERIDAD:** 1 2 3 4 5

1. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 2. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 3. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 4. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí

**PROCESO DE SEVERIDAD**

Este formulario tiene como finalidad evaluar la gravedad del delito cometido y el nivel de riesgo de la víctima, para determinar el tipo de intervención que requiere.

---

**SECCIÓN DE PROTECCIÓN LEGAL** 1. No Aplicable 2. Leve 3. Moderada 4. Grave 5. Muy Grave

**PROTECCIÓN LEGAL:** 1 2 3 4 5

1. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 2. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 3. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 4. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí

**PROCESO DE PROTECCIÓN LEGAL**

Este formulario tiene como finalidad evaluar el nivel de riesgo de la víctima y el tipo de intervención que requiere.

	<b>FORMULARIO</b> <b>EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA VÍCTIMA</b>		
CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 18 de 23

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA** EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA VÍCTIMA

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

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE VÍCTIMA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE DELITO: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE CASO: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE VÍCTIMA: \_\_\_\_\_

---

**SECCIÓN DE SEVERIDAD** 1. No Aplicable 2. Leve 3. Moderada 4. Grave 5. Muy Grave

**SEVERIDAD:** 1 2 3 4 5

1. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 2. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 3. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 4. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí

**PROCESO DE SEVERIDAD**

Este formulario tiene como finalidad evaluar la gravedad del delito cometido y el nivel de riesgo de la víctima, para determinar el tipo de intervención que requiere.

---

**SECCIÓN DE PROTECCIÓN LEGAL** 1. No Aplicable 2. Leve 3. Moderada 4. Grave 5. Muy Grave

**PROTECCIÓN LEGAL:** 1 2 3 4 5

1. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 2. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 3. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí   
 4. ¿El delito es un delito de violencia de género? No  Sí

**PROCESO DE PROTECCIÓN LEGAL**

Este formulario tiene como finalidad evaluar el nivel de riesgo de la víctima y el tipo de intervención que requiere.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 19 de 23

 <b>PROCEDIMIENTO</b> <b>EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL</b>			
CÓDIGO: DTS-404-10	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 2 de 2



**EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL**  
Forma 001/2023 - 01 de 00/0000

**OBJETIVO GENERAL DEL PROCESO** 
X **Objetivo General**
X **Objetivo Específico**
X **Objetivo**
X **Objetivo**

1. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A SERVICIOS JURÍDICOS ESPECIALIZADOS
2. LA VÍCTIMA TIENE SERVICIO DE ASESORIA LEGAL
3. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A SERVICIOS DE ASESORIA LEGAL ESPECIALIZADA
4. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A SERVICIOS DE ASESORIA LEGAL ESPECIALIZADA
5. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A SERVICIOS DE ASESORIA LEGAL ESPECIALIZADA
6. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A SERVICIOS DE ASESORIA LEGAL ESPECIALIZADA

**INDICADORES DE LOGRO DEL PROCESO**

**Observaciones:**

Indicador	Resultado	Observaciones generales
1. Acceso a servicios jurídicos especializados		
2. Acceso a servicios de asesoría legal		
3. Acceso a servicios de asesoría legal especializada		
4. Acceso a servicios de asesoría legal especializada		
5. Acceso a servicios de asesoría legal especializada		
6. Acceso a servicios de asesoría legal especializada		

**Plan de Seguimiento**

Fecha	Condiciones	Plan de Seguimiento	Responsable	Estado



	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 20 de 23

<small>FORMULARIO</small>			
<small>FOYEA DE ORIENTACIÓN Y ADMISSION</small>			
<small>CÓDIGO DAL-DSV-PRO-1</small>	<small>VERSIÓN: 3</small>	<small>FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023</small>	<small>Página 1 de 1</small>

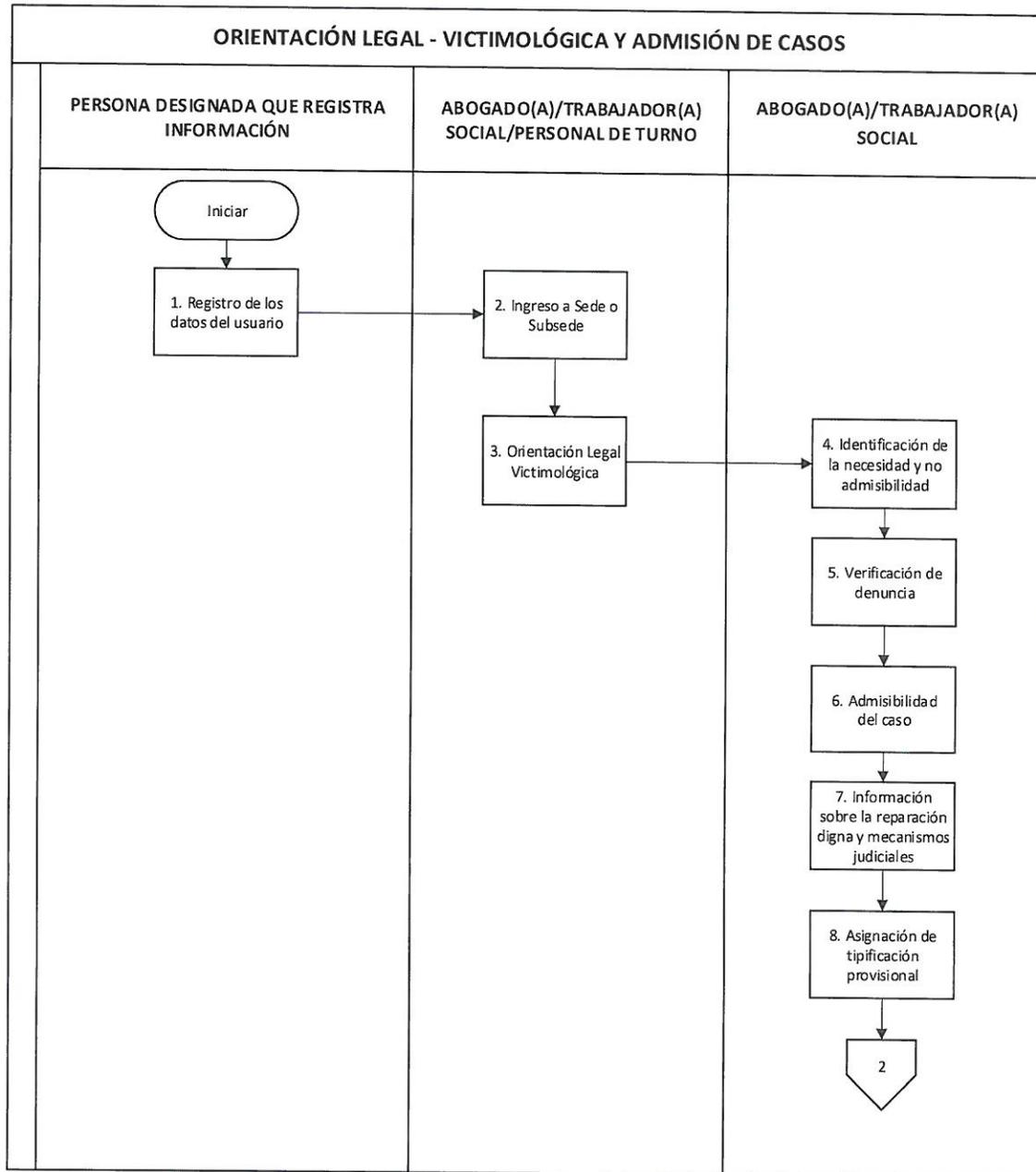
  

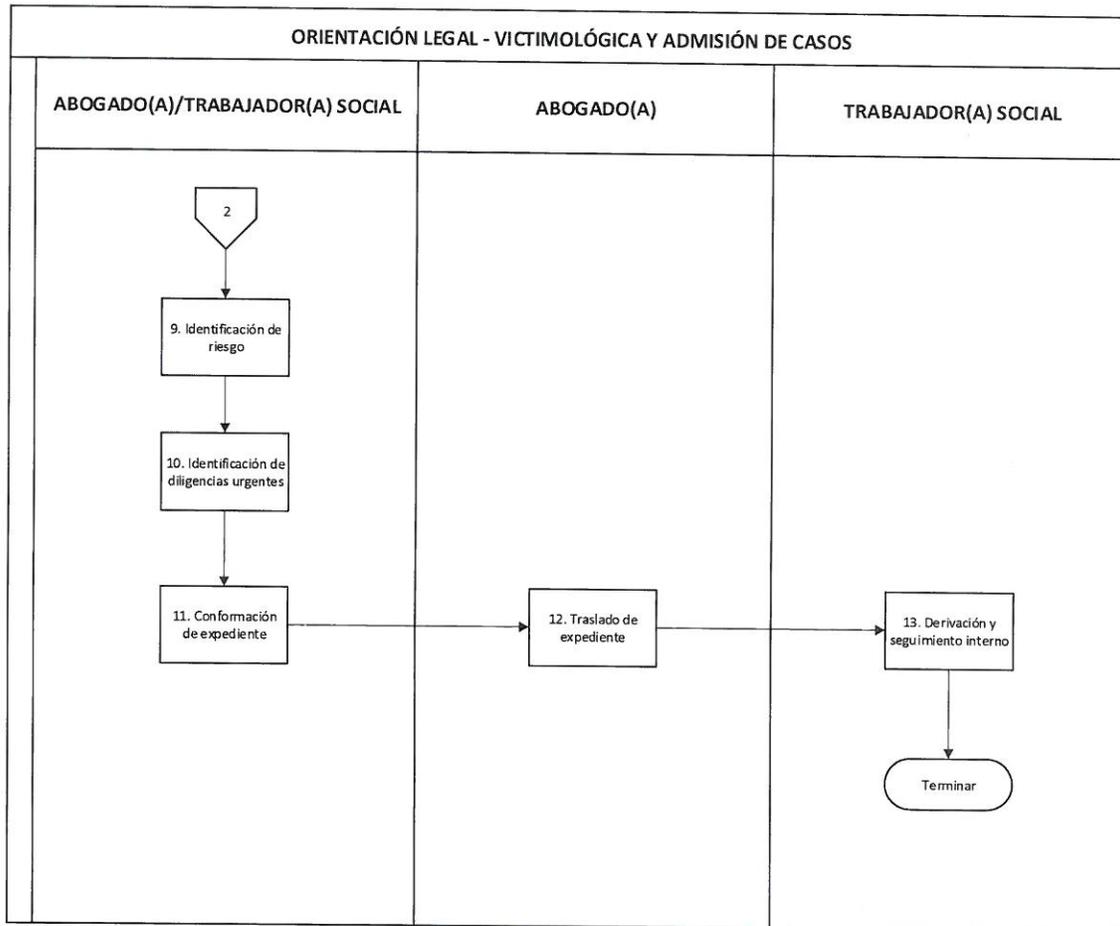
	<small>FOYEA DE ORIENTACIÓN Y ADMISSION</small>
<small>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</small>	<small>Formulario</small>
<small>Nombre de identificación:</small>	
<b>CONTENIDO DE LA PERSONA QUE REALIZA LA DENUNCIA</b>	
<small>Nombre completo:</small>	
<small>Sexo:</small>	
<small>Fecha de nacimiento:</small>	
<small>Apellido:</small>	
<small>Residencia:</small>	
<small>Tipo de Documento Personal de Identificación:</small>	
<small>Numero de Documento Personal de Identificación:</small>	
<small>Edad:</small>	
<small>Fecha de ingreso:</small>	
<small>Tipo de denuncia:</small>	
<small>Motivo de la denuncia:</small>	
<small>Delictivo de violencia:</small>	
<small>Procedimiento que sigue:</small>	
<small>Fecha de la denuncia:</small>	
<small>Forma de ingreso:</small>	
<small>Forma de Trámite Social:</small>	



	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>		
	CÓDIGO: DAL-DSV-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

### FLUJOGRAMA





	<b>PROCEDIMIENTO</b>			
	<b>ORIENTACIÓN LEGAL - VICTIMOLÓGICA Y ADMISIÓN DE CASOS</b>			
	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 ACTUEN 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  
Destino

**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**

El Instituto de la Víctima busca apoyarle, por eso queremos asegurarnos de que se sienta respetada/o, valorada/o y protegida/o, 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 querelante 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 represente.
- Autorizo que la información psicológica, sea utilizada en el proceso penal, con el fin de búsqueda de la justicia.

Unidad: Uspita      Fecha Impresión: 21-08-2023 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 ACTUEN 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: vspjbn      Fecha Impresión: 31-08-2023 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 ACTUEN 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: 21-08-2023 14:28:10      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 oficiará 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, respetando su identidad. No recibirá ningún 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: \_\_\_\_\_

Modelo según Fecha Impresión: 21-08-2023 14:38:16 4 de 4



	<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 1 de 3



**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.

Versión: v1.0.0      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.

Último versión

Fecha Impresión: 21-08-2023 14:29:45

2 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 recibire algún tipo de retribución económica por el uso de la imagen.

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

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

Nombre: JUANITO PEREZ

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

Código Único de Identificación nuli \_\_\_\_\_

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

URMETRO - VIGILAN  
 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 Querrelante?:

Tipo de atención:

Tipo Proceso:

Etapas Procesal:

Firma víctima y/o querrelante-representante:

Firma Abogado (a) que atendió:

Firma Trabajadora Social que atendió:

Ucavari

Fecha Impresión

1 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 2 de 3



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**

**FICHA ÚNICA DE REGISTRO DE LA VÍCTIMA**

SEDE: Fecha Orientación: XX-XX-XXXX

**II. DATOS GENERALES DEL QUERELLANTE ADHESIVO Y/O REPRESENTANTE LEGAL**

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 \_\_\_\_\_

**ATENCIONES Y TIPOS DE PROCESO:**

SERVICIOS \_\_\_\_\_

TIPO PROCESO \_\_\_\_\_

Usuario

Fecha impresión

2 de 3



CÓDIGO: DAL-DSV-FOR-3

VERSIÓN: 1

FECHA DE APROBACIÓN:  
08/09/2023

Página 3 de 3

SEDE:

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

	<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> <small>REF-EX-X-XXXX-XX</small>
Lugar y fecha 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. DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE</b>	
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
	

	<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 2 de 2

 SEDE: SEDE CENTRAL		<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b> REF-E-X-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:	_____		
<small>Usuario: Lucio Vitor Parari Superfichasresumen: 14/07/2023 09:45:16</small>			
<small>2 de 2</small>			

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

 <b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b> SEDE: SEDE CENTRAL	<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS</b> REF-EX-4-2022-32
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>Urbano: Luis Vides Heron Sabido   Impresión: 14-07-2023 08:56:34   1 de 2</small>	

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

	<b>FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA ADULTOS</b>
	REF-EX-4-2022-32
<b>SEDE: SEDE CENTRAL</b>	
<b>Fecha Referencia:</b> 09-09-2022 <b>Nombre Trabajadora Social:</b> _____ <b>Firma Trabajadora Social:</b> _____ <b>Fecha Recibida:</b> _____ <b>Firma Referencia Recibida:</b> _____	
	
<small>Usuario: Luzel Vega Rivas   Fecha Impresión: 14-07-2023 08:56:34   2 de 2</small>	

	<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		<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"/>

**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 **		<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"/>

**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



**DOMINIO BIENESTAR MENTAL**

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

Subdominio

Puntuacion 1 2 3 4

- 1. LA VÍCTIMA NO MANIFIESTA CONDUCTAS DE RIESGO.  1  2  3  4
- 2. LA VÍCTIMA SE INVOLUCRA POSITIVAMENTE EN ACTIVIDADES DIARIAS.  1  2  3  4
- 3. LA VÍCTIMA UTILIZA HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO POSITIVAS.  1  2  3  4
- 4. LA VÍCTIMA DEMUESTRA ACTITUDES POSITIVAS Y COMPORTAMIENTOS DE EMPODERAMIENTO.  1  2  3  4

**PROMEDIO DOMINIO BIENESTAR MENTAL:**

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 EMPODERAMIENTO ECONÓMICO Y EDUCACION**

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

Subdominio

Puntuacion 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.  1  2  3  4
- 2. LA VÍCTIMA DEMUESTRA HABILIDADES DE GESTIÓN FINANCIERA.  1  2  3  4
- 3. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A UNA RED DE SEGURIDAD FINANCIERA ADECUADA.  1  2  3  4
- 4. LA VÍCTIMA SE INVOLUCRA POSITIVAMENTE EN LA ESCUELA, EL TRABAJO O CENTROS DE FORMACIÓN.  1  2  3  4

**PROMEDIO DOMINIO EMPODERAMIENTO ECONÓMICO Y EDUCACION:**

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 APOYO SOCIAL**

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

Subdominio

Puntuacion 1 2 3 4

- 1. LA VÍCTIMA ES APOYADA EMOCIONALMENTE CON RELACIONES POSITIVAS Y SALUDABLES.  1  2  3  4
- 2. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA APOYA SU BIENESTAR.  1  2  3  4
- 3. LA VÍCTIMA NO EXPERIMENTA DISCRIMINACIÓN NI PRESIÓN SOCIAL NEGATIVA.  1  2  3  4
- 4. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A RECURSOS COMUNITARIOS Y ESTRUCTURAS DE APOYO.  1  2  3  4

**PROMEDIO DOMINIO APOYO SOCIAL:**

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

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



SEDE:

**EVALUACION DIAGNOSTICA - INICIAL**

Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX

**DOMINIO BIENESTAR FISICO**

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

Puntuación 1 2 3 4

Subdominio

1. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A SERVICIOS MEDICOS 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 ESTA SEGURA Y LIBRE DE PELIGROS ○ ○ ○ ○

**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 al menor de edad.

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

Fecha

Comentario

Plan de Tratamiento

Servicio

Usuario

Usuario

Fecha Impresión:

3 de 3



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>PRIMER CONTACTO</b>		
	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?

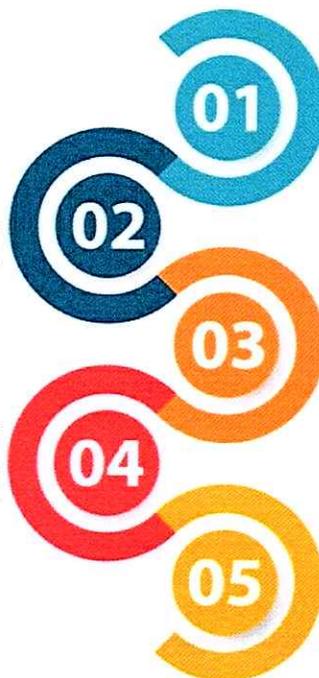
LA REPARACIÓN DIGNA COMPRENDE: MEDIDAS DE RESTITUCIÓN, REHABILITACIÓN, COMPENSACIÓN, SATISFACCIÓN Y MEDIDAS DE NO REPETICIÓN.

### 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.



### 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.

### 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.

### 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

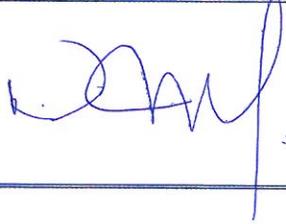
	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>		
	CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 2 de 34

<b>Vigencia:</b> 22/09/2023	<b>Código:</b> DPS-PRO-1	<b>Elaboración:</b> 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
<b>Elaborado por:</b>	Ana Esther Sierra Marroquín de Vásquez Profesional Especializado V Departamento de Psicología 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:</b>	Lic. David Antonio Monterroso Fuentes Director de Servicios Victimológicos	

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

## 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).

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

- 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).

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>		
	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>	<p>Psicólogo (a)</p> <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>	<p>Psicólogo (a)</p> <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>	<p>Psicólogo (a) de Turno</p> <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>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>		
	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>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>		
	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 del Plan de Atención consignando indicadores de avances o retrocesos en las competencias mentales y

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>		
	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>
--	--	--	---

### 3.3 CIERRE DE CASO

<b>13.</b>	<b>Elaboración de informe de cierre</b>	<p>Jefe (a) del Departamento de Psicología, Coordinador (a) de Sede o Psicólogo (a).</p>	<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>
------------	---	--	---

### 3.4 SOLICITUDES DE INFORMES A REQUERIMIENTO

<b>14.</b>	<b>Ingreso de solicitud</b>	<p>Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede.</p>	<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 registrarlos en el sistema informático.</p>
<b>15.</b>	<b>Asignación del profesional</b>	<p>Jefe (a) del Departamento de Psicología o Coordinador (a) de Sede.</p>	<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>

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

<b>16.</b>	<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>
<b>17.</b>	<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>			
<b>18.</b>	<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>
<b>19.</b>	<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>

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

<b>20.</b>	<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>
------------	---------------------------------------	---------------	---

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>		
	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

## 5. ANEXOS

<b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b>			
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 12 de 34

NÚMERO DE CASO EXPEDIENTE

**FICHA DE PRIMERA ATENCIÓN**

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Lugar de la atención: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**2. Datos Personales de la Víctima**

NOMBRE DE LA VÍCTIMA: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE PADRE O TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CÉFULO EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
 CÉFULO EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
 DÍA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PSICÓLOGO QUE REALIZA LA ATENCIÓN: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PSICÓLOGO QUE REALIZA LA ATENCIÓN: \_\_\_\_\_  
 CÉFULO EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

**3. Descripción del caso**

<b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b>			
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 12 de 34

**4. Caracterización de los hechos y víctimas**

**5. Tipo de atención que requiere**

Nivel de atención	Nivel de atención	Nivel de atención	Nivel de atención
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

¿Se requiere la presencia de la víctima?  Sí  No  
 ¿Se requiere la presencia de un familiar?  Sí  No  
 ¿Se requiere la presencia de un acompañante?  Sí  No  
 ¿Se requiere la presencia de un intérprete?  Sí  No

**6. Actividades realizadas**

**7. Recomendaciones y seguimiento**

I. \_\_\_\_\_  
 J. \_\_\_\_\_

Este documento es propiedad del Instituto de la Víctima

Table with header information and fields for patient identification.

EXAMEN MENTAL

DATOS GENERALES

Table for general data including name, ID, and date.

DEFORMACIÓN GENERAL

Table for general deformation with columns for aspects and characteristics.

Table for orientation with columns for orientation, conscience, and memory.

Table with header information for the psychological assessment.

PENSAMIENTO

Table for thought assessment with columns for content, form, and process.

LENGUAJE, AFECTO Y JUICIO

Table for language, affect, and judgment assessment.

RELACION

Table for relationship assessment with columns for different types of relationships.

Table with header information for the adolescent assessment.

ETAPA DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. ETAPA EVOLUTIVA SEGÚN JEAN PIAGET

Table for Piaget's evolutionary stage assessment.

OTRAS OBSERVACIONES RELEVANTES

Table for other relevant observations.

FORMULARIO			
INFORME DE EVOLUCIÓN Y ASISTENCIA A SESIONES PSICOLÓGICAS			
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁGINA: 1 DE 1

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

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

En caso de:  
Fecha:  
Objetivo de informe:  
Motivación de referencia:

Referencia sobre la evolución y asistencia a sesiones terapéuticas de las cuales fueron derivadas por parte psicológica del Instituto de la Víctima.

**DATOS DEL CASO QUE SE REPORTA**

Nombre:  
Edad:  
Estar por la general del caso:

**SESIONES BRINDADAS**

Fecha	Número de sesión que consta en el expediente	Temas relevantes abordados	Avances y observaciones

FORMULARIO			
INFORME DE EVOLUCIÓN Y ASISTENCIA A SESIONES PSICOLÓGICAS			
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁGINA: 2 DE 1

**INDICADORES DE RECUPERACIÓN**

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Evaluación profesional que emite el informe:

Firma:

1

<p><b>VICTIMA</b></p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Identificación: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____</p>			
<p>Lugar y fecha: _____</p> <p>No. De expediente: _____</p>			
<p><b>DATOS PERSONALES GENERALES</b></p> <p>Nota: Si el caso es menor, continuar completando la información con los datos de los documentos que cubren en los expedientes. Hay que considerar que la presente encuesta, puede ser diligenciada en las primeras sesiones, sobre la base del conocimiento del caso.</p>			
1. Nombre			
2. Género (masculino/femenino)			
3. Edad			
4. Fecha de nacimiento			
5. Nacionalidad			
6. Domicilio			
7. Profesión			
8. Estado			
9. Lugar de nacimiento			
10. Número de Teléfono			
11. Escolaridad			
12. Ocupación			
13. Estado			
<p>Si es niño, niña o adolescente, relevar la siguiente información:</p>			
NOMBRE DE PROTECTORA TUTORA	EDAD	TRABAJO	OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

<p><b>VICTIMA</b></p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Identificación: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____</p>	
<p>Nota: Realizar un cuestionario informado de uso de la entrevista</p>	
<p><b>ANTECEDENTES</b></p> <p><b>ANTECEDENTES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO</b></p>	
<p>ANTECEDENTES FAMILIARES</p>	
<p>ANTECEDENTES ACADÉMICOS</p>	
<p>ANTECEDENTES LABORALES</p>	
<p>ANTECEDENTES SOCIALES</p>	
<p>ANTECEDENTES DE RELACIONES DE PAREJA O NOVIAZGO</p>	

<p><b>VICTIMA</b></p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Identificación: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____</p>	
<p><b>ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS Y PSQUIÁTRICOS</b></p>	
<p><b>ANTECEDENTES SEXUALES Y SEXUALIDAD</b></p>	
<p><b>ANTECEDENTES MEDICOS</b></p>	
<p><b>ANTECEDENTES RELACIONADOS AL USO Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS</b></p>	
<p><b>ANTECEDENTES LEGALES</b></p>	
<p><b>DINAMICA FAMILIAR: SI ES NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE, CON SIGNAR LA SÍDRA Y VERSIÓN DE LA DEL TUTORIA Y LA DEL NIÑO.</b></p>	

<p><b>VICTIMA</b></p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Identificación: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____</p>	
<p><b>GENOTIPIA (SI APLICA)</b></p>	
<p><b>HISTORIA DEL HECHO Y DINÁMICA DE VICTIMIZACIÓN</b></p> <p>Si es niño, niña o adolescente, consignar los datos de la familia y la del niño.</p>	

<p><b>VICTIMA</b></p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Identificación: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____</p>	
<p><b>IMPACTO PSICOLÓGICO</b></p> <p><b>REGISTRO DE ECHOES</b> Cuenta de los hechos que afectan al sujeto, con sus detalles, tiempo, lugar, circunstancias, estado de ánimo, sentimientos, etc. (ver anexo 1).</p> <p>Responde:</p> <p>Descripción:</p>	
<p><b>RESUMEN DE IMPACTO</b> Forma resumida de los hechos que afectan al sujeto, con sus detalles, tiempo, lugar, circunstancias, estado de ánimo, sentimientos, etc. (ver anexo 2).</p> <p>Responde:</p> <p>Descripción:</p>	
<p><b>FACTORES MEDIADORES DEL IMPACTO PSICOLÓGICO</b></p> <p>El entrevistado indica los factores que influyen en el impacto psicológico.</p> <p>Responde: Factores mediadores:</p> <p>Nota de desarrollo:</p> <p>Descripción de desarrollo:</p>	

<p><b>VICTIMA</b></p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Identificación: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____</p>	
<p>Factores biológicos / físicos</p>	
<p>Factores psicológicos / emocionales</p>	
<p><b>ESTABLECIMIENTO DEL DAÑO PSICOLÓGICO</b></p> <p>Clasificación de los hechos que afectan al sujeto.</p>	
<p>Medios de evaluación psicológica</p>	
<p>Factores de riesgo de la atención psicológica</p>	
<p>Factores de riesgo de la atención psicológica</p>	

ESTABLECIMIENTO DEL DAÑO AL PROYECTO DE VIDA		
Resolución de la víctima respecto a su proyecto de vida. Resolución de la víctima respecto a su proyecto de vida. Resolución de la víctima respecto a su proyecto de vida.		
RECIOS Y VULNERABILIDADES: Prácticas de la víctima que caracterizan los entornos psicosociales que la rodean.		
Indicadores positivos y negativos de recuperación ante el evento traumático.	Indicadores positivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nivel de satisfacción con la vida.</li> <li>2. Nivel de autoestima.</li> <li>3. Nivel de confianza en los demás.</li> <li>4. Nivel de confianza en uno mismo.</li> <li>5. Nivel de autoeficacia.</li> <li>6. Nivel de optimismo.</li> <li>7. Nivel de resiliencia.</li> <li>8. Nivel de capacidad de afrontamiento.</li> <li>9. Nivel de capacidad de regulación emocional.</li> <li>10. Nivel de capacidad de toma de decisiones.</li> </ul>
	Indicadores negativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nivel de desesperanza.</li> <li>2. Nivel de desesperanza aprendida.</li> <li>3. Nivel de desesperanza generalizada.</li> <li>4. Nivel de desesperanza específica.</li> <li>5. Nivel de desesperanza global.</li> <li>6. Nivel de desesperanza social.</li> <li>7. Nivel de desesperanza cultural.</li> <li>8. Nivel de desesperanza política.</li> <li>9. Nivel de desesperanza económica.</li> <li>10. Nivel de desesperanza ambiental.</li> </ul>

PLAN DE ATENCIÓN	
NECESIDADES GENERALES DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA	
NECESIDADES ESPECÍFICAS DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA	
PLAN DE TRATAMIENTO	
(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)

PRONÓSTICO	
OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL	
MEDIOS DE REPARACIÓN PSICOLÓGICA Y PSICO SOCIALES	
Relaciones	Relaciones con la familia y su salud mental
Relaciones	Relaciones con el proyecto de vida
Relaciones	Relaciones con la comunidad (individuo, grupo, organización, institución)

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

	<b>FORMULARIO</b> INFORME DE ANÁLISIS PSICOLÓGICO
CÓDIGO DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3
FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2023	Página 1 de 2

**Informe de Análisis Psicojurídico**

Lugar y fecha:  
Destino:  
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. Ingresos:
- 2.9. Escolaridad:
- 2.10. Ocupación u oficio:
- 2.11. Religión:

3) Objetivos:

4) Metodología y enfoque de análisis:

5) Resultados:

	<b>FORMULARIO</b> INFORME DE ANÁLISIS PSICOLÓGICO
CÓDIGO DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3
FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2023	Página 1 de 2

<b>ANÁLISIS TÉCNICO PSICOLÓGICO</b>
HALLAZGO NO. 1
REFERENTE TÉCNICO Y/O TEÓRICO
COMENTARIO/ RECOMENDACIÓN

<b>ANÁLISIS TÉCNICO PSICOLÓGICO</b>
HALLAZGO NO. 2
REFERENTE TÉCNICO Y/O TEÓRICO
COMENTARIO/ RECOMENDACIÓN

6) Análisis enfocada a temas solicitados:

7) Conclusiones:

8) Bibliografía:

Firma y Sello

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

	FORMA 0		
	AMPLIACIÓN DE INFORME PSICOLÓGICO		
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁG. 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):

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

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO PSICOLÓGICO</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: \_\_\_\_\_

Problema: \_\_\_\_\_ No. Sesión: \_\_\_\_\_

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

**Se SUBJETIVO:** (Sitios de la que el paciente refiere, queja principal, dolor crónico, gravedad etcétera)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup> Incluye fecha, nombre del caso y procedimiento, número de sesión, evolución, recomendaciones etcétera.



VICTIMA			
INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA			
FORMA DE ACCESO	USUARIO	FECHA DE IMPRESIÓN	PÁGINA 21 DE 34

**INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA**

No. de caso \_\_\_\_\_  
Etapas y fases 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. Otros datos relevantes para la víctima  
2.8. Idioma  
2.9. Escolaridad  
2.10. Ocupación  
2.11. Religión

**3) Objetivos**

**4) Metodología e Instrumentos**

VICTIMA			
INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA			
FORMA DE ACCESO	USUARIO	FECHA DE IMPRESIÓN	PÁGINA 21 DE 34

**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 relaciones de pareja o pareja  
4.7. Antecedentes psicológicos y psiquiátricos  
4.8. Antecedentes médicos y quirúrgicos  
4.9. Antecedentes médicos  
4.10. Antecedentes de uso de alcohol o sustancias  
4.11. Antecedentes legales

**5) Dinámica familiar**

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

**8) Impacto psicológico de los hechos**

8.1. Descripción  
8.2. Establecimiento del daño psicológico  
8.3. Establecimiento del daño a largo plazo  
8.4. Establecimiento de riesgos y vulnerabilidades

**9) Examen mental**

**10) Plan de atención psicológica**

10.1. Necesidades generales de atención  
10.2. Necesidades específicas de atención  
10.3. Atención psicológica prestada (sesiones, técnicas, intervenciones y resultados)

**11) Análisis y conclusiones**

11.4. Análisis y conclusiones sobre los hechos y su dinámica de victimización  
11.5. Análisis y conclusiones sobre el impacto psicológico de los hechos  
11.6. Análisis y conclusiones sobre el plan de atención psicológica  
11.7. Otras que se requieran para el análisis

**12) Bibliografía**

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

	FORMULARIO		
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
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.

\_\_\_\_\_  
Psicólogo/a tratante

**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".

\_\_\_\_\_  
Revisado

\_\_\_\_\_  
Fecha

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA			
PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página: 23 de 34

Número de expediente: \_\_\_\_\_

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

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

**INFORME DE ATENCIÓN EN CRISIS**

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_ D.P.I.C.U.E: \_\_\_\_\_

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

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

TÉCNICA UTILIZADA	
Atención psicológica de emergencia	
Atención psicológica de crisis	
Atención psicológica de apoyo	
Atención psicológica de seguimiento	
Atención psicológica de rehabilitación	
Atención psicológica de prevención	
Atención psicológica de evaluación	
Atención psicológica de intervención	
Atención psicológica de orientación	
Atención psicológica de acompañamiento	
Atención psicológica de mediación	
Atención psicológica de negociación	
Atención psicológica de resolución de conflictos	
Atención psicológica de gestión de recursos	
Atención psicológica de fortalecimiento	
Otras:	

Necesita traslado a psiquiatría S: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Necesita traslado a psicología interna S: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

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

Profesional de Psicología  
Clicado Ho

Firma y sello

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

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>ACUERDO TERAPÉUTICO PARA ADULTOS</b>		
CÓDIGO: DPS-PRO-1	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 cómoda.
- 5) Si necesita cancelar la sesión programada, deberá dar aviso con un mínimo de 24 a 48 horas de anticipación al psicoterapeuta asignado, 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, hágase saber al terapeuta asignado, 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 de 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 vicaridad física o en contra de otras personas.

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

Yo: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

	FORMULARIO			
	ACUERDO TERAPÉUTICO PARA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y PERSONAS ADULTAS QUE NECESITEN REPRESENTACIÓN LEGAL			
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\***

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) Esta 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.
- 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 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 cumplirlo.]

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

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

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

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

\* Si me fuera de viaje y a mi cargo un menor de edad, permito darle acceso a mi correo electrónico para que pueda contactar al psicólogo de la Víctima y así poder recibir atención psicológica de manera oportuna y adecuada.

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

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
<b>FICHA DE REFERENCIA INTERNA</b>			
CÓDIGO: DPS-PRO-1A	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁGINA: 4 DE 5

**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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Psicólogo(a) del Área de Atención Psicológica  
 Código postal: \_\_\_\_\_

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

INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA				INFORME PSICOLÓGICO ORIENTADO A LA REPARACIÓN PSICOLÓGICA			
VÍCTIMA		VÍCTIMA		VÍCTIMA		VÍCTIMA	
CÓDIGO OPERATIVO	FORMA 1	FECHA DE ELABORACIÓN	PÁGINA 1 DE 2	CÓDIGO OPERATIVO	FORMA 2	FECHA DE ELABORACIÓN	PÁGINA 2 DE 2
<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>Institución: _____</p> <p>Fecha de solicitud: _____</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. Ocupación referida 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 comportamientos y hábitos</p> <p>5.2. Antecedentes académicos</p> <p>5.3. Antecedentes laborales</p> <p>5.4. Antecedentes sociales</p> <p>5.5. Antecedentes de relaciones de pareja o familia</p> <p>5.6. Antecedentes psicológicos o psiquiátricos</p> <p>5.7. Antecedentes sexuales y reproductivos</p> <p>5.8. Antecedentes médicos</p> <p>5.9. Antecedentes de uso de drogas o 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. Descripción</p> <p>8.2. Estructuramiento de datos psicológicos</p> <p>8.3. Estructuramiento de datos al proyecto de vida</p> <p><b>9) Examen mental</b></p> <p><b>10) Plan de atención psicológica</b></p> <p>10.1. Necesidades personales y emocionales detectadas</p> <p>10.2. Atención psicológica brindada</p> <p>10.3. Indicaciones de acciones de atención psicológica</p> <p><b>11) Medidas de reparación a nivel psicológico y psicosocial</b></p> <p><b>12) Análisis y conclusiones</b></p> <p>12.1. Análisis de información sobre los hechos y el proceso de victimización</p> <p>12.2. Análisis y conclusiones sobre el impacto psicológico de los hechos</p> <p>12.3. Análisis y conclusiones sobre el plan de atención psicológica</p> <p>12.4. Análisis y conclusiones sobre las medidas de reparación psicológica y psicosocial</p> <p>12.5. Otras que se requieran por esta profesión</p> <p><b>13) Bibliografía</b></p>			

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

<small>FORMULARIO</small>			
<small>CONSTANCIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</small>			
<small>CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO</small>	<small>VERSIÓN</small>	<small>FECHA DE APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</small>	<small>PÁGINA 1 DE 1</small>

**CONSTANCIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

Lugar y fecha:

Constancia No.

**A quien interesa:**

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:



INSTITUTO DE LA VICTIMA			
NIVEL DE INDICADORES DE RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA			
CÓDIGO: DPS-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	PÁG. 30 DE 34

FICHA DE INDICADORES DE RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre de Expediente	Delito		
Nombre de la Víctima	Sexo	Etnia	
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	CUMPLIMIENTO (CUMPLIDO)	
			SI	NO
1	Bienestar emocional de la víctima. Disminución de los síntomas psicológicos asociados al suceso.	Recuperación de la autoestima. Capacidad de sentirse satisfecho/a con su vida y con el momento de su vida. Capacidad de experimentar afectos positivos y negativos adecuados a las circunstancias. Capacidad de afrontar los efectos de los eventos traumáticos.		
2	Recuperación de la libertad y autonomía. Concientización de los derechos y sus deberes.	Se recupera o reanuda la vida cotidiana sin restricciones o limitaciones. Orienta y fortalece su proyecto de vida. Posee habilidades de afrontamiento adecuadas. Ejercencia sus habilidades y capacidades.		
3	Adaptación parcial o total al entorno. Capacidad de comprender y manejar los cambios de roles (familia, trabajo, interacción social).	Realiza la realización de sus actividades cotidianas. Realiza sus actividades laborales. Muestra una buena adaptación a los cambios de roles. Muestra indicadores de resiliencia.		
4	Respeto de las normas sociales o culturales. Asume el comportamiento de conducta que es esperado en la interacción social de la víctima.	Identifica sistemas de valores, roles y valores. Muestra conductas socialmente aceptadas. Socializa y comparte con sus pares, sin generar conflicto.		

La recuperación psicológica es el proceso que tiene la víctima para readaptarse a su vida, después de haber sufrido un trauma. Para efectos de esta valoración se considerará el nivel de funcionamiento psicológico de la víctima antes y después del suceso. El nivel de funcionamiento de cada víctima será de 1 a 5, donde 1 es el nivel más bajo y 5 el nivel más alto.

Sumado la General

Nombre, firma y sello del profesional en Psicología

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

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

**CON ITANCIA 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): \_\_\_\_\_, talgo 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:

\_\_\_\_\_

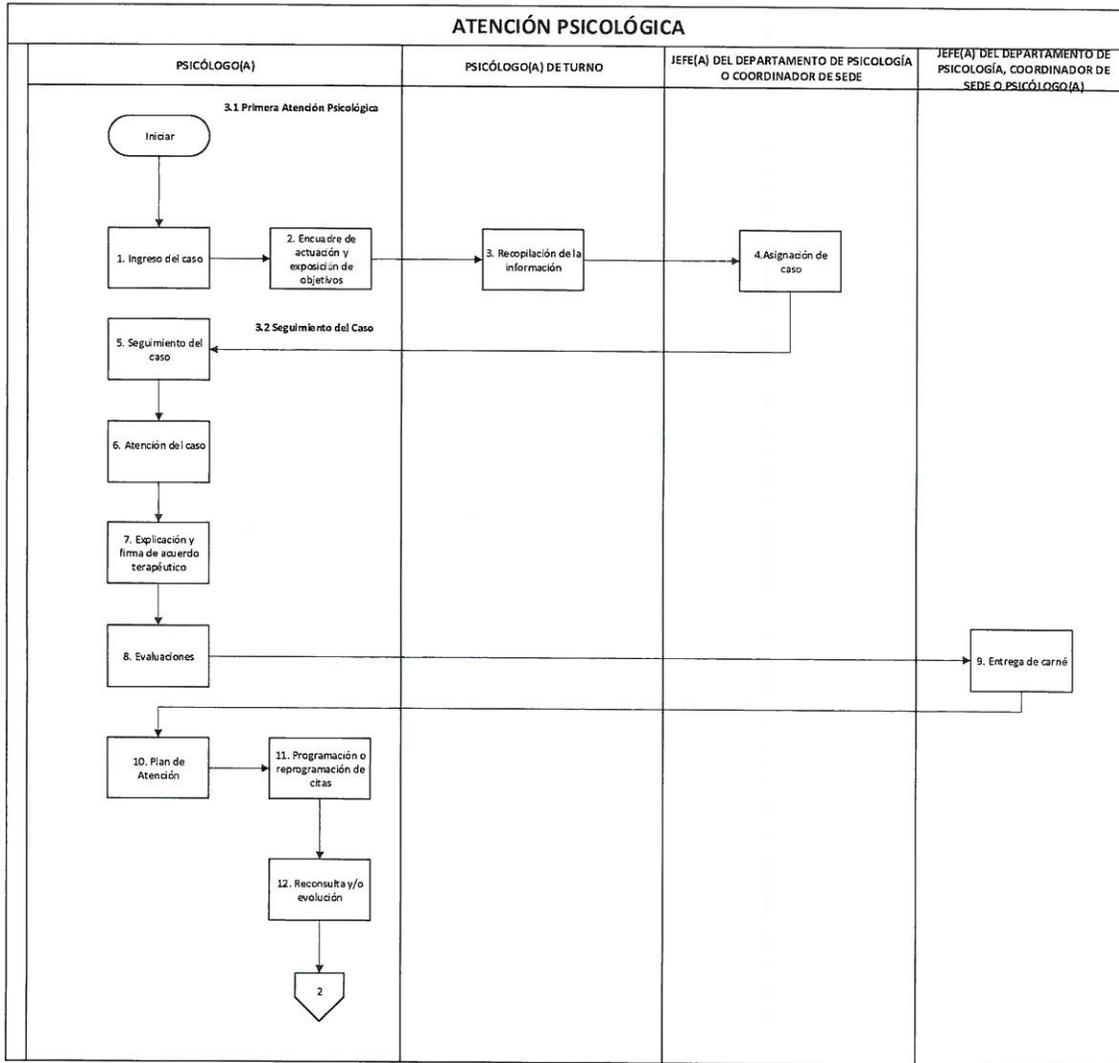
\_\_\_\_\_

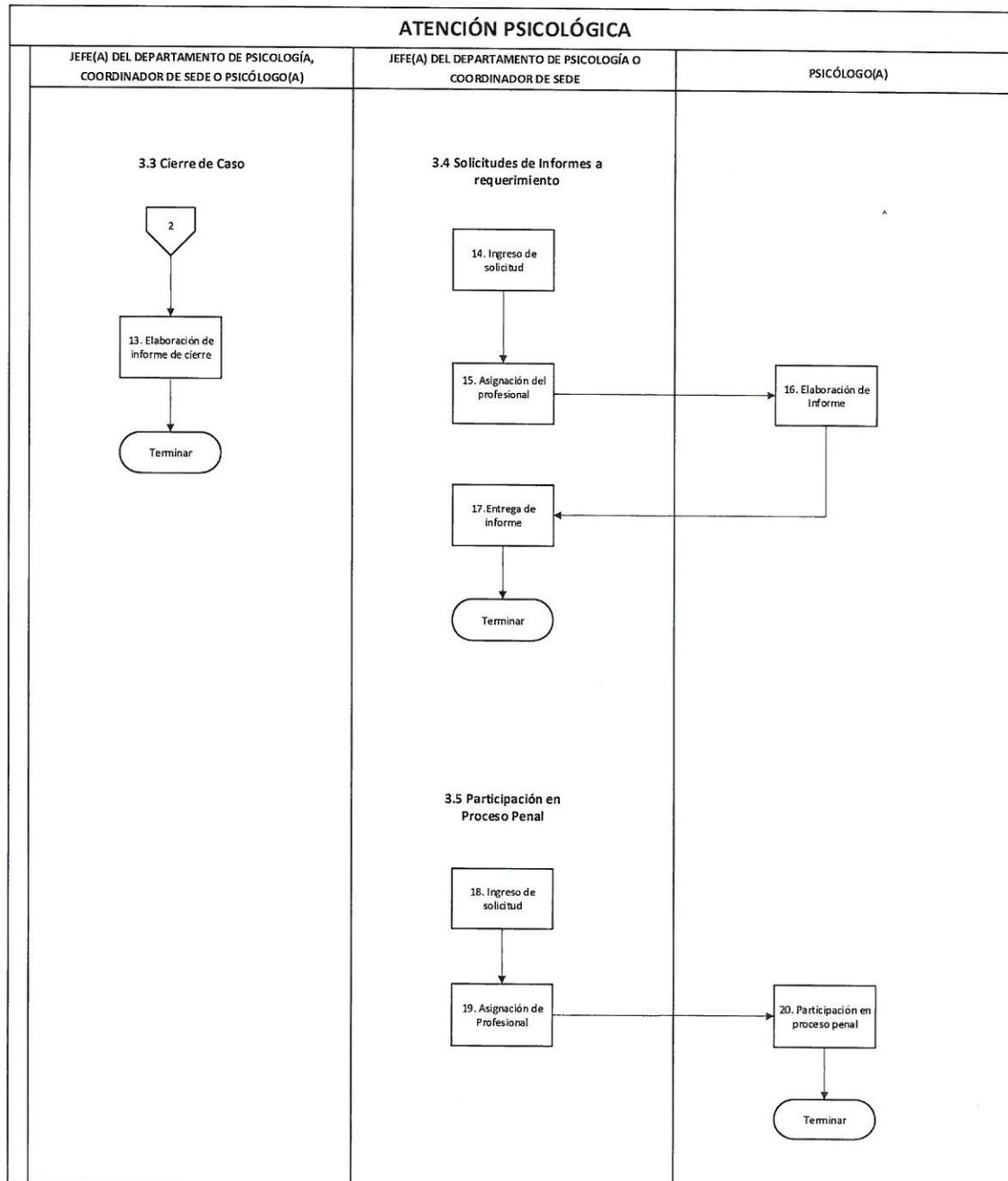
Firma: \_\_\_\_\_

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

El presente formulario es propiedad del Instituto de la Víctima y no debe ser utilizado para fines ajenos a los que fue diseñado. El uso indebido de este formulario puede acarrear sanciones legales.

FLUJOGRAMA





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

### 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

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

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

### 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:			

**PENSAMIENTO**

CURSO	Pensamiento Laxo		Bradipsiquia e inhibición		Ideas Obsesivas
Circunstancial	Pensamiento ambivalente		CONTENIDO		Ideas paranoides
Tangencial	Pensamiento Incoherente		Ideas concretas		Ideas fóbricas
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

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

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

**ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES**

**DATOS PERSONALES GENERALES**

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.

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

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

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.**

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.**

### IMPACTO PSICOLÓGICO

**REGISTRO DE SIGNOS:** 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:

**REGISTRO DE SÍNTOMAS:** Forma subjetiva en que expresa su estado de malestar y no es observado de forma directa (García. 2014. p.67)

Reportados:

Detectados:

### FACTORES MEDIADORES DEL IMPACTO PSICOLÓGICO

(se complementan únicamente los detectados)

Percepción subjetiva del suceso:

Etapa del desarrollo:

Estrategias de afrontamiento

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:

**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.

		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)**

<b>Plan breve 5 sesiones (1-2 indicadores negativos)</b>		<b>Plan A 9 sesiones (3-6 indicadores negativos)</b>		<b>Plan B 12 sesiones (7-10 indicadores negativos)</b>	
--	--	--	--	--	--

**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

## 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:

	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):

	<b>FORMULARIO</b>			
	<b>NOTA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA</b>			
	CÓDIGO: DPS-FOR-8	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 1

## 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

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>CARNÉ DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>		
CÓDIGO: DPS-FOR-9	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 2

### CARNÉ DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

**OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---



---



---

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

**FAVOR CUIDAR ESTA TARJETA DE ASISTENCIA**



	<b>FORMULARIO</b>			
	<b>INFORME ORIENTADO A LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA</b>			
	CÓDIGO: DPS-FOR-10	VERSIÓN: 2	FECHA DE APROBACIÓN: 15/02/2022	PÁGINA: 1 DE 2

## 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	PÁGINA: 2 DE 2

### 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 \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

## 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

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

## 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:

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

**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**

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>CONSTANCIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>		
	CÓDIGO: DPS-FOR-20	VERSIÓN: 1	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:



	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE INDICADORES DE RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA</b>		
	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

PÁGINA: 1 DE 1

**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

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

<b>Vigencia:</b> 22/09/2023	<b>Código:</b> DM-PRO-1	<b>Elaboración:</b> 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**

<b>Etapas</b>	<b>Nombre y cargo</b>	<b>Firma</b>
<b>Elaborado por:</b>	Dra. Edna Anabella Julian Leal Profesional Especializado V Departamento Médico 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. David Antonio Monterroso Fuentes Director de Servicios Victimológicos	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE</b>		
	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.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE</b>		
	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>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE</b>		
	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

5. ANEXOS

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA		INSTITUTO DE LA VÍCTIMA		INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	
HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA		HISTORIA CLÍNICA ADOLESCENTE		HISTORIA CLÍNICA ADULTA	
<p>Tipo de caso</p> <p>HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: _____ Etnia: _____</p> <p>Ocupación u oficio: _____ Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Nombre del proveedor: _____</p> <p>Motivo de consulta: _____</p> <p>Historia Clínica: _____</p> <p>ANTECEDENTES</p> <p>Familiares: _____</p> <p>Personales: _____</p> <p>Alergias Medicamentosas: _____ Alimentos: _____</p> <p>Operaciones: _____</p> <p>Partos: _____</p> <p>Enfermedades de la madre: _____</p>		<p>Tipo de caso</p> <p>HISTORIA CLÍNICA ADOLESCENTE</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: _____ Etnia: _____</p> <p>Ocupación u oficio: _____ Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Nombre del proveedor: _____</p> <p>Motivo de consulta: _____</p> <p>Historia Clínica: _____</p> <p>ANTECEDENTES</p> <p>Familiares: _____</p> <p>Personales: _____</p> <p>Alergias Medicamentosas: _____ Alimentos: _____</p> <p>Operaciones: _____</p> <p>Partos: _____</p> <p>Enfermedades de la madre: _____</p>		<p>Tipo de caso</p> <p>HISTORIA CLÍNICA ADULTA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: _____ Etnia: _____</p> <p>Ocupación u oficio: _____ Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Nombre del proveedor: _____</p> <p>Motivo de consulta: _____</p> <p>Historia Clínica: _____</p> <p>ANTECEDENTES</p> <p>Familiares: _____</p> <p>Personales: _____</p> <p>Alergias Medicamentosas: _____ Alimentos: _____</p> <p>Operaciones: _____</p> <p>Partos: _____</p> <p>Enfermedades de la madre: _____</p>	

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA		INSTITUTO DE LA VÍCTIMA		INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	
HISTORIA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA		HISTORIA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA		HISTORIA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	
<p>Tipo de caso</p> <p>HISTORIA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: _____ Etnia: _____</p> <p>Ocupación u oficio: _____ Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Nombre del proveedor: _____</p> <p>Motivo de consulta: _____</p> <p>Historia Clínica de la atención psiquiátrica: _____</p> <p>ANTECEDENTES</p> <p>Familiares: _____</p> <p>Personales: _____</p> <p>Alergias Medicamentosas: _____ Alimentos: _____</p> <p>Operaciones: _____</p> <p>Partos: _____</p> <p>Enfermedades de la madre: _____</p>		<p>Tipo de caso</p> <p>HISTORIA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: _____ Etnia: _____</p> <p>Ocupación u oficio: _____ Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Nombre del proveedor: _____</p> <p>Motivo de consulta: _____</p> <p>Historia Clínica de la atención psiquiátrica: _____</p> <p>ANTECEDENTES</p> <p>Familiares: _____</p> <p>Personales: _____</p> <p>Alergias Medicamentosas: _____ Alimentos: _____</p> <p>Operaciones: _____</p> <p>Partos: _____</p> <p>Enfermedades de la madre: _____</p>		<p>Tipo de caso</p> <p>HISTORIA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: _____ Etnia: _____</p> <p>Ocupación u oficio: _____ Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Nombre del proveedor: _____</p> <p>Motivo de consulta: _____</p> <p>Historia Clínica de la atención psiquiátrica: _____</p> <p>ANTECEDENTES</p> <p>Familiares: _____</p> <p>Personales: _____</p> <p>Alergias Medicamentosas: _____ Alimentos: _____</p> <p>Operaciones: _____</p> <p>Partos: _____</p> <p>Enfermedades de la madre: _____</p>	

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <p style="font-size: 8px;">INSTITUTO DE LA VICTIMA</p> <p style="font-size: 8px;">CÓDIGO: DM-PRO-1</p> </div> <p style="font-size: 8px;"><b>REGIONAL MEDIO</b></p> <p style="font-size: 8px;">PACIENTE</p>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 20%;">NOMBRE</td> <td style="width: 20%;">CÉDULA</td> <td style="width: 20%;">FECHA</td> <td style="width: 20%;">HORA</td> <td style="width: 20%;">LUGAR</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 20%;">DIRECCIÓN</td> <td style="width: 20%;">TELÉFONO</td> <td style="width: 20%;">CÓDIGO DE BARRAS</td> <td style="width: 20%;">CÓDIGO DE BARRAS</td> <td style="width: 20%;">CÓDIGO DE BARRAS</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p style="font-size: 8px;"><b>ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <th style="width: 10%;">PACIENTE</th> <th style="width: 10%;">MADRE</th> <th style="width: 10%;">PADRE</th> <th style="width: 10%;">ABUELO</th> <th style="width: 10%;">ABUELA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NOMBRE	CÉDULA	FECHA	HORA	LUGAR						DIRECCIÓN	TELÉFONO	CÓDIGO DE BARRAS	CÓDIGO DE BARRAS	CÓDIGO DE BARRAS						PACIENTE	MADRE	PADRE	ABUELO	ABUELA											<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <p style="font-size: 8px;">INSTITUTO DE LA VICTIMA</p> <p style="font-size: 8px;">CÓDIGO: DM-PRO-1</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 20%;">SEXO</td> <td style="width: 20%;">EDAD</td> <td style="width: 20%;">ESTADO CIVIL</td> <td style="width: 20%;">OCCUPACIÓN</td> <td style="width: 20%;">NIVEL DE INSTRUCCIÓN</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <th style="width: 20%;">SEXO</th> <th style="width: 20%;">EDAD</th> <th style="width: 20%;">ESTADO CIVIL</th> <th style="width: 20%;">OCCUPACIÓN</th> <th style="width: 20%;">NIVEL DE INSTRUCCIÓN</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p style="font-size: 8px;"><b>CONFERENCIA DE FAMILIARES</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <th style="width: 10%;">NOMBRE</th> <th style="width: 10%;">RELACION</th> <th style="width: 10%;">ESTADO</th> <th style="width: 10%;">TELÉFONO</th> <th style="width: 10%;">DIRECCIÓN</th> <th style="width: 10%;">OCCUPACIÓN</th> <th style="width: 10%;">NIVEL DE INSTRUCCIÓN</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p style="font-size: 8px;"><b>EDUCACIÓN</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 20%;">NOMBRE</td> <td style="width: 20%;">CÉDULA</td> <td style="width: 20%;">FECHA</td> <td style="width: 20%;">HORA</td> <td style="width: 20%;">LUGAR</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p style="font-size: 8px;"><b>VIA SEÑAL</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 20%;">NOMBRE</td> <td style="width: 20%;">CÉDULA</td> <td style="width: 20%;">FECHA</td> <td style="width: 20%;">HORA</td> <td style="width: 20%;">LUGAR</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p style="font-size: 8px;"><b>TRIPULACIÓN VOLADORA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 20%;">NOMBRE</td> <td style="width: 20%;">CÉDULA</td> <td style="width: 20%;">FECHA</td> <td style="width: 20%;">HORA</td> <td style="width: 20%;">LUGAR</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCCUPACIÓN	NIVEL DE INSTRUCCIÓN						SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCCUPACIÓN	NIVEL DE INSTRUCCIÓN											NOMBRE	RELACION	ESTADO	TELÉFONO	DIRECCIÓN	OCCUPACIÓN	NIVEL DE INSTRUCCIÓN															NOMBRE	CÉDULA	FECHA	HORA	LUGAR						NOMBRE	CÉDULA	FECHA	HORA	LUGAR						NOMBRE	CÉDULA	FECHA	HORA	LUGAR						<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <p style="font-size: 8px;">INSTITUTO DE LA VICTIMA</p> <p style="font-size: 8px;">CÓDIGO: DM-PRO-1</p> </div> <p style="font-size: 8px;"><b>SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 20%;">ESTADO CIVIL</td> <td style="width: 20%;">ESTADO SOCIAL</td> <td style="width: 20%;">ESTADO ECONÓMICO</td> <td style="width: 20%;">ESTADO EDUCATIVO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p style="font-size: 8px;"><b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p style="font-size: 8px;"><b>PSICOGRAFÍA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p style="font-size: 8px;"><b>CONCLUSIÓN</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> <td style="width: 20%;">ESTADO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ESTADO CIVIL	ESTADO SOCIAL	ESTADO ECONÓMICO	ESTADO EDUCATIVO					ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO					ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO					ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO				
NOMBRE	CÉDULA	FECHA	HORA	LUGAR																																																																																																																																													
DIRECCIÓN	TELÉFONO	CÓDIGO DE BARRAS	CÓDIGO DE BARRAS	CÓDIGO DE BARRAS																																																																																																																																													
PACIENTE	MADRE	PADRE	ABUELO	ABUELA																																																																																																																																													
SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCCUPACIÓN	NIVEL DE INSTRUCCIÓN																																																																																																																																													
SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCCUPACIÓN	NIVEL DE INSTRUCCIÓN																																																																																																																																													
NOMBRE	RELACION	ESTADO	TELÉFONO	DIRECCIÓN	OCCUPACIÓN	NIVEL DE INSTRUCCIÓN																																																																																																																																											
NOMBRE	CÉDULA	FECHA	HORA	LUGAR																																																																																																																																													
NOMBRE	CÉDULA	FECHA	HORA	LUGAR																																																																																																																																													
NOMBRE	CÉDULA	FECHA	HORA	LUGAR																																																																																																																																													
ESTADO CIVIL	ESTADO SOCIAL	ESTADO ECONÓMICO	ESTADO EDUCATIVO																																																																																																																																														
ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO																																																																																																																																														
ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO																																																																																																																																														
ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO																																																																																																																																														

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/Frecuencia

**PLAN DE MANEJO**

**Observaciones**

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

PROXIMA CITA \_\_\_\_\_

VICTIMA	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: \_\_\_\_\_ DPI: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre  Mujer  LGTBIQ+

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Educación: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES**  
(Si no y quién padre)

Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Psiquiatría <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

**ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLÓGICOS**

Alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cáncer <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tramasmos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Transtriciones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Congenitas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Labores <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	HIA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Impedidos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Neurologías <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	IE <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ven <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Psiquiatría <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hábitos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

Menarquia: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_ Gestas: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ CSTP: \_\_\_\_\_ Hijos/Vivos: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_ Hijo muere: \_\_\_\_\_ Admisión: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Cuid: \_\_\_\_\_

Menopausia:  No  Fecha: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tarjetas de CACU (papamiraba, IVA, AEN HPV):  No  Fecha: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN POR SISTEMA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SEÑALES VITALES**

PTA	Temperatura	P.R.	P.C.	P.B.C.	T.B.T.
-----	-------------	------	------	--------	--------

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

	FORMULARIO		
	PRONÓSTICO CLÍNICO		
CÓDIGO: DM-PRO-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 3 de 4

**EXAMEN FÍSICO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Cabeza y oído:** \_\_\_\_\_

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

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

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

**Oído:** \_\_\_\_\_

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

**Tórax:** \_\_\_\_\_

**Corazón:** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**Región anal:** \_\_\_\_\_

**Neurología:** \_\_\_\_\_

**Laboratorios**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CÓDIGO: DM-PRO-1

VERSIÓN: 3

FECHA DE APROBACIÓN:  
08/09/2023

Página 11 de 14

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

NÚMERO DE CASO/EXPEDIENTE

**NOTA DE EVOLUCIÓN**

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

SEXO	ESTADOCIVIL	ESTADO	CIUDAD	CÓDIGO	TELÉFONO	TELÉFONO

**Historia de la Enfermedad/evolución:**

**Laboratorio:**

**Plan de Tratamiento:**

**Diagnóstico(s) final(es):**

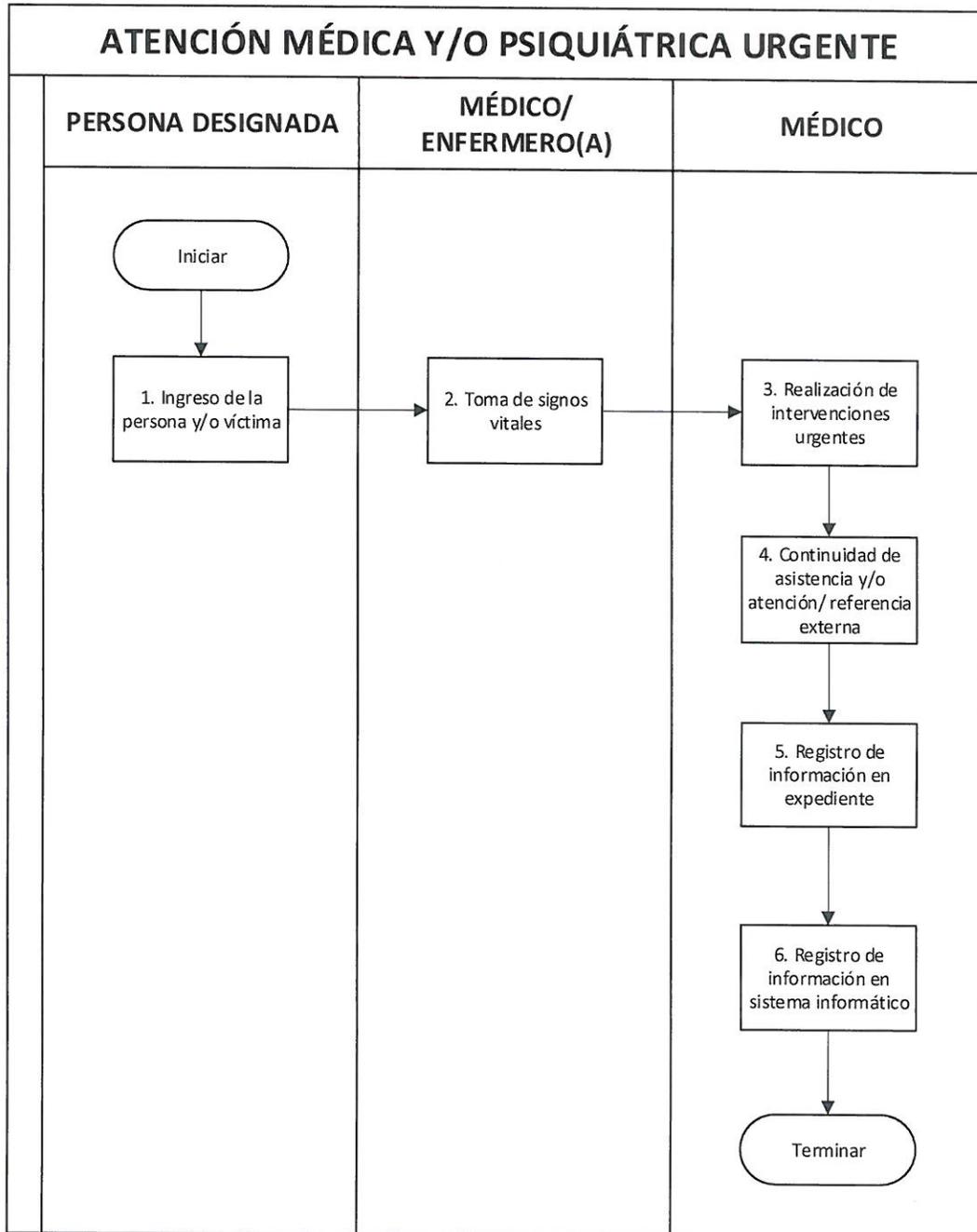
**Observaciones:**

Próxima consulta: \_\_\_\_\_



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

### FLUJOGRAMA



	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA URGENTE</b>		
	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

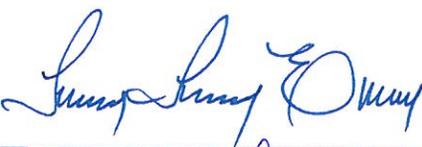
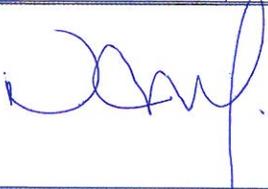
	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 2 de 23

<b>Vigencia:</b> 22/09/2023	<b>Código:</b> DM-PRO-2	<b>Elaboración:</b> 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
<b>Elaborado por:</b>	Dra. Edna Anabella Julian Leal Profesional Especializado V Departamento Médico 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. David Antonio Monterroso Fuentes Director de Servicios Victimológicos	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
	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. Ingreso al usuario/víctima	Persona Designada	Brinda acompañamiento a la víctima hacia la clínica médica.
2. Toma de signos vitales	Médico / Enfermero (a)	Recibe a la víctima y toma los signos vitales para determinar su estado.
3. Realización de intervenciones necesarias	Médico	Revisa a la víctima y a partir de los hallazgos, efectúa las intervenciones necesarias.
4. Examen Clínico Médico	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. Entrega y registro de medicamento	Médico / Enfermero (a)	La entrega de medicamento se registra en el Libro de Control autorizado por la Contraloría General de Cuentas y se solicita al usuario la firma de recepción de medicamento.
6. Registro de información	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. Acompaña a la víctima	Persona Designada	Da acompañamiento a la víctima al área medica.
8. Disponibilidad de agenda	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

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
	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>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

15.	<b>Registro de información en sistema informático</b>	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.	<b>Ingreso de la Víctima</b>	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.	<b>Toma de signos vitales</b>	Médico / Enfermero (a)	Toma signos vitales y registra en la <b>Nota de Evolución DM-FOR-7.</b>
18.	<b>Realización de intervenciones necesarias</b>	Médico	Revisa a víctima y a partir de los hallazgos, realiza las intervenciones necesarias.
19.	<b>Examen Clínico Médico y/o Psiquiátrico</b>	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.	<b>Entrega y registro de medicamento</b>	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.	<b>Registro de información en sistema</b>	Médico	Registra la información en sistema informático.

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

	<b>informático</b>		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.
<b>3.4 CIERRE DE CASO</b>			
22.	<b>Criterios para cierre de caso</b>	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>
<b>3.5 SOLICITUDES DE INFORMES A REQUERIMIENTO</b>			
23.	<b>Ingreso de solicitud</b>	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.	<b>Asignación de solicitud</b>	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.	<b>Elaboración de informe</b>	Médico	Elabora el informe y lo traslada al Director de Servicios Victimológicos / Coordinador de Sede para su recepción.
26.	<b>Envío de Informe</b>	Director (a) de Servicios Victimológicos / Coordinador (a) de Sede	Traslada el informe a donde fue solicitado.
27.	<b>Archivo de documentos</b>	Director (a) de Servicios Victimológicos / Coordinador (a) de Sede	Archivo de documentación.
<b>3.6 PARTICIPACIÓN EN PROCESO PENAL</b>			
28.	<b>Ingreso de solicitud</b>	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.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
	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.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
	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



<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>VÍCTIMA</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE EMISIÓN</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE VIGENCIA</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b></td> </tr> </table> </div> <p><b>HISTORIAL MÉDICO</b></p> <p>INDICAR FECHA</p>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"><b>FECHA</b></td> <td style="width: 10%;"><b>HORA</b></td> <td style="width: 10%;"><b>DIAGNÓSTICO</b></td> <td style="width: 10%;"><b>TRATAMIENTO</b></td> <td style="width: 10%;"><b>EVOLUCIÓN</b></td> <td style="width: 10%;"><b>OTROS</b></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p><b>ANTECEDENTES PSÍQUICOS Y FAMILIARES</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">FECHA</th> <th style="width: 10%;">LUGAR</th> <th style="width: 10%;">NOMBRE DEL MÉDICO</th> <th style="width: 10%;">DIAGNÓSTICO</th> <th style="width: 10%;">TRATAMIENTO</th> <th style="width: 10%;">OTROS</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	<b>VÍCTIMA</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	<b>FECHA DE VIGENCIA</b>	<b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TRATAMIENTO</b>	<b>EVOLUCIÓN</b>	<b>OTROS</b>																																																							FECHA	LUGAR	NOMBRE DEL MÉDICO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	OTROS																			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>VÍCTIMA</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE EMISIÓN</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE VIGENCIA</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b></td> </tr> </table> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">N.º</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p><b>CONSUMO DE SUSTANCIAS</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">SUSTANCIA</th> <th style="width: 10%;">CANTIDAD</th> <th style="width: 10%;">FRECUENCIA</th> <th style="width: 10%;">TIPO DE CONSUMO</th> <th style="width: 10%;">E</th> <th style="width: 10%;">A</th> <th style="width: 10%;">M</th> <th style="width: 10%;">D</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p><b>Y FAMILIAR/A ANTES DEL AÑO DE LA OCURRENCIA EMERGENCIA UPT + CONSUMO ALCOHÓLICO</b></p> <p><b>HISTORIA EDUCATIVA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">N.º</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p><b>VIDA SEXUAL</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">N.º</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p><b>RELACIONAL/AJ VIOLENCIA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">N.º</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	<b>VÍCTIMA</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	<b>FECHA DE VIGENCIA</b>	<b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																			SUSTANCIA	CANTIDAD	FRECUENCIA	TIPO DE CONSUMO	E	A	M	D																									N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>VÍCTIMA</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE EMISIÓN</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE VIGENCIA</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b></td> <td style="width: 15%;"><b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b></td> </tr> </table> </div> <p><b>SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">N.º</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p><b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">N.º</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p><b>RESIDENCIA LABORAL</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">N.º</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p><b>SANEDUCACIÓN</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">N.º</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p><b>OTROS DATOS</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">N.º</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	<b>VÍCTIMA</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	<b>FECHA DE VIGENCIA</b>	<b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																			N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																N.º	N.º	N.º	N.º	N.º															
<b>VÍCTIMA</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	<b>FECHA DE VIGENCIA</b>	<b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TRATAMIENTO</b>	<b>EVOLUCIÓN</b>	<b>OTROS</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
FECHA	LUGAR	NOMBRE DEL MÉDICO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	OTROS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
<b>VÍCTIMA</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	<b>FECHA DE VIGENCIA</b>	<b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
SUSTANCIA	CANTIDAD	FRECUENCIA	TIPO DE CONSUMO	E	A	M	D																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
<b>VÍCTIMA</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	<b>FECHA DE VIGENCIA</b>	<b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

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

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

**PROGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

MEDICAMENTO	INDICACIONES

**PLAN DE MANEJO**

**CONSIDERACIONES**

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PSIQUIÁTRICO

\_\_\_\_\_  
 FIRMADO POR \_\_\_\_\_

	<b>Formulario</b> <small>Formulario de Historia Clínica</small>	<small>Nombre del paciente</small> _____	<small>Fecha de nacimiento</small> _____	<small>Fecha de ingreso</small> _____	<small>Nombre del médico</small> _____
<b>ANTECEDENTES CLÍNICOS</b>					
Tipo de delito: _____					
<b>FICHA CLÍNICA</b>					
Fecha: _____ Hora: _____ Profesional responsable: _____					
Nombre: _____					
Cédula: _____ CP: _____ Sexo: _____ Estado: _____					
Especialidad: _____ Hospital: _____					
Lugar de nacimiento: _____					
Estado de nacimiento: _____					
MOTIVO DE CONSULTA _____					
HISTORIA CLÍNICA _____					
ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES					
Osteo y artroartritis					
Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alérgicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Parásitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Comorbidos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Alcohol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

	<b>Formulario</b> <small>Formulario de Antecedentes</small>	<small>Nombre del paciente</small> _____	<small>Fecha de nacimiento</small> _____	<small>Fecha de ingreso</small> _____	<small>Nombre del médico</small> _____												
<b>ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLÓGICOS</b>																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Alérgicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Quemaduras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Otras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						Alérgicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quemaduras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Alérgicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quemaduras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Labores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">HIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Otras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Labores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						Labores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	HIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Labores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Labores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	HIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
Labores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastornos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
<b>ANTECEDENTES ONCOLOGIÉTICOS</b>																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Mucosa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Piel <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Otras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						Mucosa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Piel <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Mucosa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Piel <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
<b>REVISIÓN POR SISTEMAS</b>																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
<b>SIGNOS VITALES</b>																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">P.A.</td> <td style="width: 16.6%;">TEMPERATURA</td> <td style="width: 16.6%;">P.R.</td> <td style="width: 16.6%;">F.C.</td> <td style="width: 16.6%;">F.E.O.</td> <td style="width: 16.6%;">S.O.</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>						P.A.	TEMPERATURA	P.R.	F.C.	F.E.O.	S.O.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
P.A.	TEMPERATURA	P.R.	F.C.	F.E.O.	S.O.												
_____	_____	_____	_____	_____	_____												
OTRAS: <input type="checkbox"/> OTRAS DE FURTO <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/>																	

	<b>Formulario</b> <small>Formulario de Examen Físico</small>	<small>Nombre del paciente</small> _____	<small>Fecha de nacimiento</small> _____	<small>Fecha de ingreso</small> _____	<small>Nombre del médico</small> _____									
<b>EXAMEN FÍSICO</b>														
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Cabeza y cuello _____</td> <td style="width: 33%;">Chest _____</td> <td style="width: 33%;">Abdomen _____</td> </tr> <tr> <td>Neck _____</td> <td>Neck _____</td> <td>Neck _____</td> </tr> <tr> <td>Neck _____</td> <td>Neck _____</td> <td>Neck _____</td> </tr> </table>						Cabeza y cuello _____	Chest _____	Abdomen _____	Neck _____	Neck _____	Neck _____	Neck _____	Neck _____	Neck _____
Cabeza y cuello _____	Chest _____	Abdomen _____												
Neck _____	Neck _____	Neck _____												
Neck _____	Neck _____	Neck _____												
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Membres superiores _____</td> <td style="width: 33%;">Membres inferiores _____</td> <td style="width: 33%;">Columna _____</td> </tr> <tr> <td>Neurología _____</td> <td>Neurología _____</td> <td>Neurología _____</td> </tr> <tr> <td>Neurología _____</td> <td>Neurología _____</td> <td>Neurología _____</td> </tr> </table>						Membres superiores _____	Membres inferiores _____	Columna _____	Neurología _____	Neurología _____	Neurología _____	Neurología _____	Neurología _____	Neurología _____
Membres superiores _____	Membres inferiores _____	Columna _____												
Neurología _____	Neurología _____	Neurología _____												
Neurología _____	Neurología _____	Neurología _____												
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Laboratorio _____</td> <td style="width: 33%;">Laboratorio _____</td> <td style="width: 33%;">Laboratorio _____</td> </tr> <tr> <td>Laboratorio _____</td> <td>Laboratorio _____</td> <td>Laboratorio _____</td> </tr> <tr> <td>Laboratorio _____</td> <td>Laboratorio _____</td> <td>Laboratorio _____</td> </tr> </table>						Laboratorio _____	Laboratorio _____	Laboratorio _____	Laboratorio _____	Laboratorio _____	Laboratorio _____	Laboratorio _____	Laboratorio _____	Laboratorio _____
Laboratorio _____	Laboratorio _____	Laboratorio _____												
Laboratorio _____	Laboratorio _____	Laboratorio _____												
Laboratorio _____	Laboratorio _____	Laboratorio _____												

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 14 de 23

	FORMULARIO		
	DE LA CLÍNICA		
CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 14 de 23

**Impresión clínica (DX)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tratamiento y plan educacional**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Referencia**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Próxima cita** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE, FAMILIA DEL MEDICO Y CUILLO

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
	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	PÁGINA: 15 DE 23
------------------	------------	------------------------------------	------------------

NÚMERO DE CASO EXISTENTE

**NOTA DE EVOLUCIÓN**

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

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

**Médico tratante:** \_\_\_\_\_

SEXO	ESTADO CIVIL	ESTADO	OCUPACIÓN	TIPO DE LESIÓN	TIPO DE CASO

**Historia de la Enfermedad/evolución:**

**Examen físico:**

**Plan de Tratamiento:**

**Diagnóstico(s); hallazgos:**

**Observaciones:**

Firma del médico: \_\_\_\_\_

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

<b>PROCESO</b>			
INFORME DE CIERRE DE CASO			
	CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

**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



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

	<b>FORMULARIO</b>		
<b>FORMA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>			
CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 18 de 23

**FORMA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA**  
FORMA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA

**A. DATOS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_  
País de nacimiento: \_\_\_\_\_

**B. MOTIVO DE CONSULTA**

Descripción: \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
Evolución: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Pronóstico: \_\_\_\_\_

**C. DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_  
Diagnósticos secundarios: \_\_\_\_\_

**D. RECOMENDACIONES**

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

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA

	<b>FORMULARIO</b>		
<b>FORMA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>			
CÓDIGO: DM-PRO-2	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 18 de 23

**FORMA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA**  
FORMA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA

**A. DATOS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_  
País de nacimiento: \_\_\_\_\_

**B. MOTIVO DE CONSULTA**

Descripción: \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
Evolución: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Pronóstico: \_\_\_\_\_

**C. DIAGNÓSTICO**

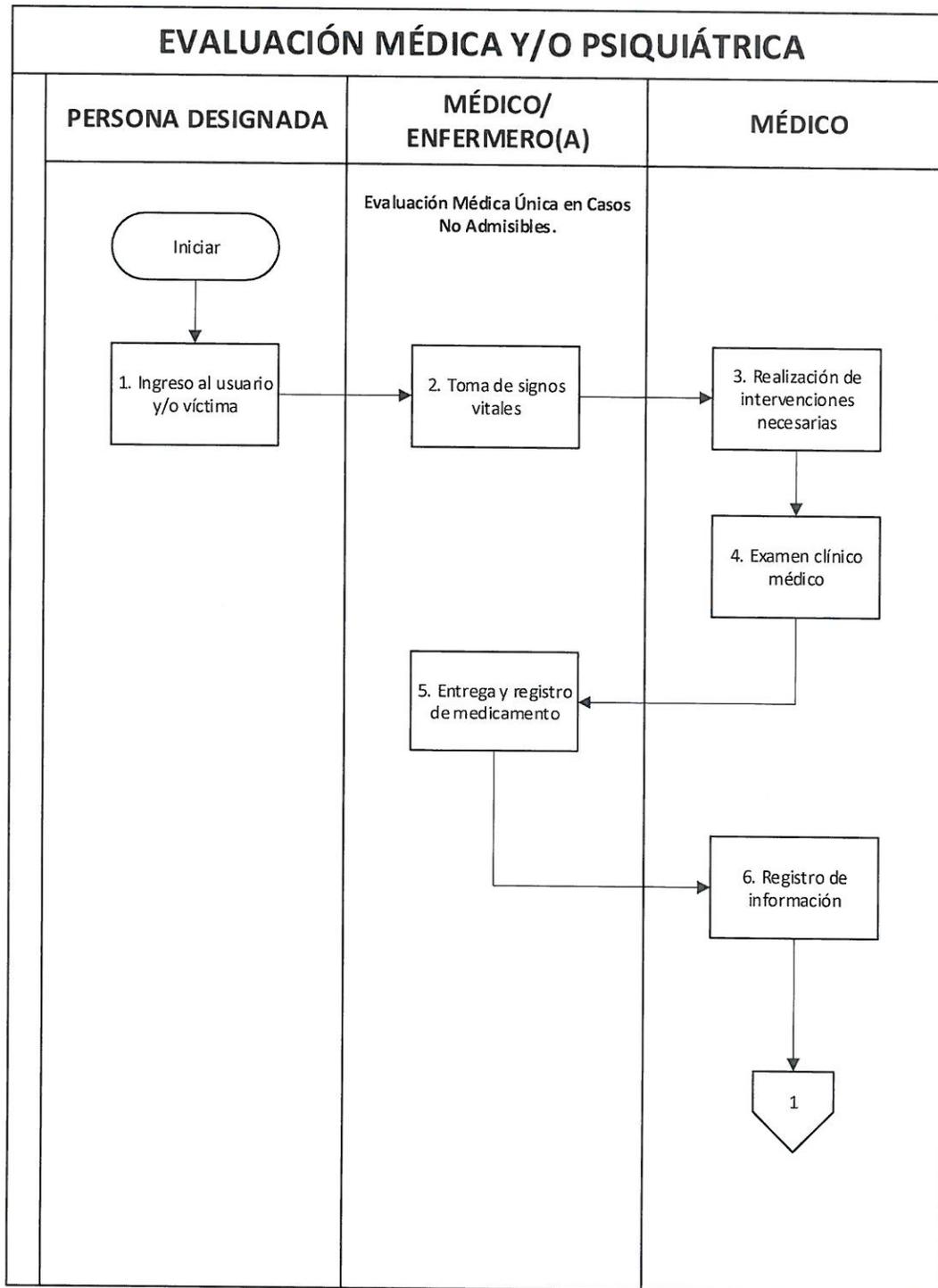
Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_  
Diagnósticos secundarios: \_\_\_\_\_

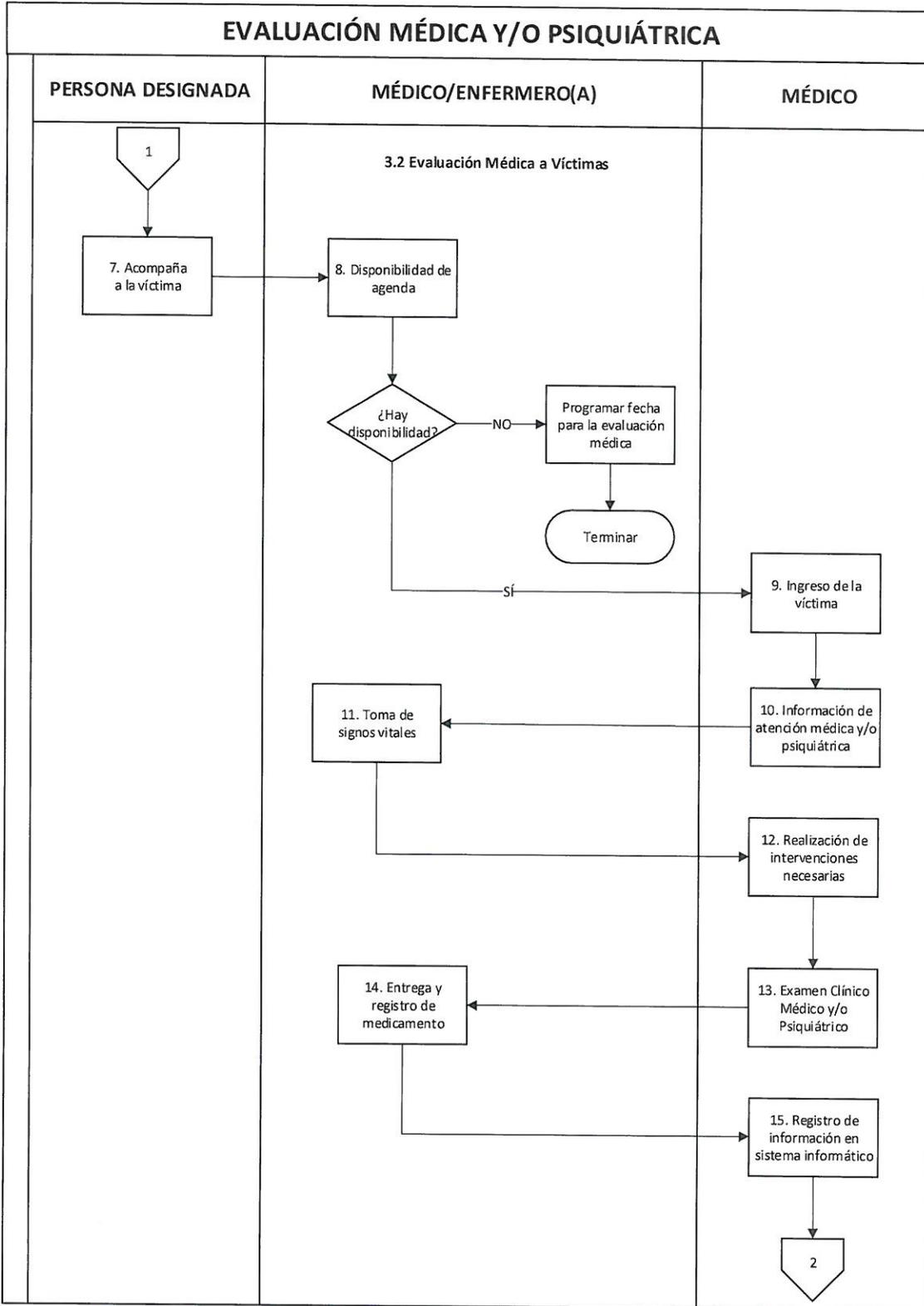
**D. RECOMENDACIONES**

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

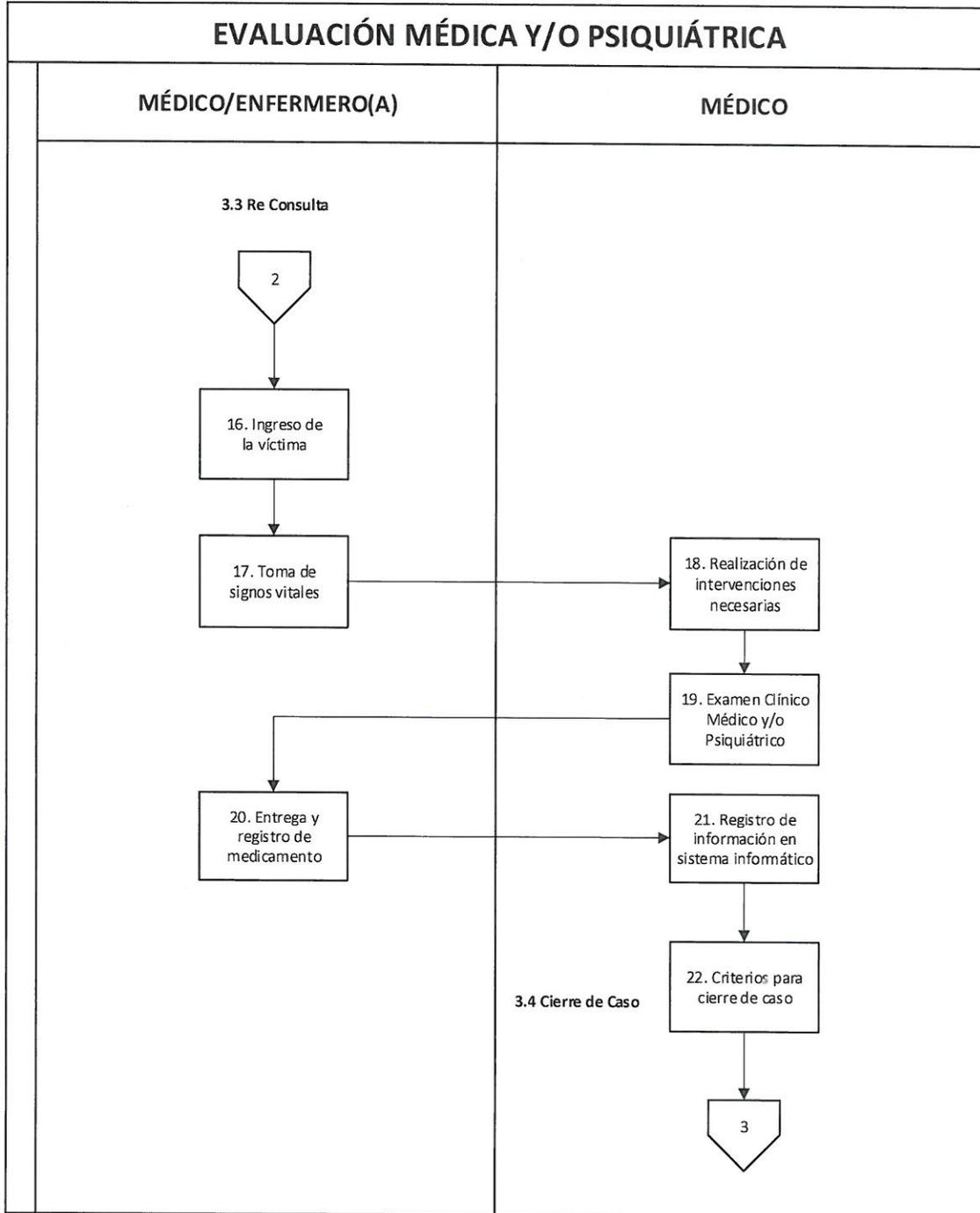
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA

### FLUJOGRAMA





**EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA**

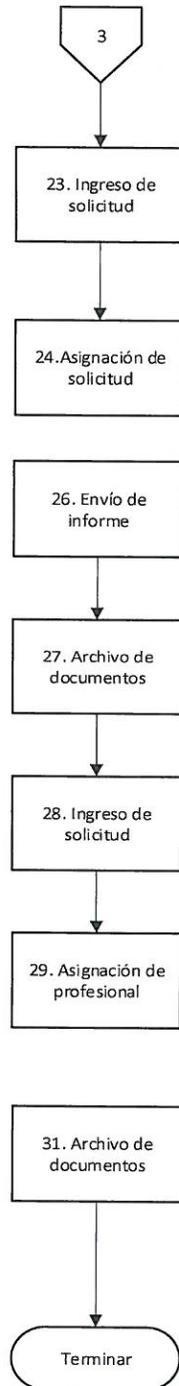


**EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA**

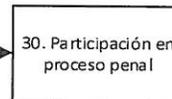
**DIRECTOR(A) DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS**

**MÉDICO**

**3.5 Solicitudes de Informes a Requerimiento**



**3.6 Participación en Proceso Penal**



	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA</b>		
	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

PÁGINA: 1 DE 3

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"/>			

Socialización en la adolescencia: <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Inadecuada			
Noviazgos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número:	Satisfactorios: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Agresión física: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Actos ilegales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**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**

**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:  Sí  No

Cuáles:

--



FORMULARIO

FICHA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

CÓDIGO: DM-FOR-4

VERSIÓN: 3

FECHA DE APROBACIÓN:  
08/09/2023

Página 7 de 7

PROGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Medicamento	Presentación

PLAN DE MANEJO

Observaciones

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

Próxima cita: \_\_\_\_\_

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  No  Hipertensión Sí  No Cáncer Sí  No  Alérgicos Sí  No Psiquiátricos Sí  No  Convulsiones Sí  No Asmáticos Sí  No  Otros Sí  No

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

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

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS**

Menarquia: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_ Gestas: \_\_\_ P: \_\_\_ CSTP: \_\_\_\_\_ Hijos Vivos: \_\_\_\_\_  
 Abortos: \_\_\_\_\_ Hijos muertos: \_\_\_\_\_ Anticonceptivos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Menopausia: Sí \_\_\_ 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

---

---

---

---

---



FORMULARIO

FICHA CLÍNICA

CÓDIGO: DM-FOR-5

VERSIÓN: 3

FECHA DE APROBACIÓN:  
08/09/2023

Página 4 de 4

### Impresión clínica (DX)

---

---

---

---

### Tratamiento y plan educacional

---

---

---

---

### Referencia

---

---

---

---

### Observaciones

---

---

---

---

Próxima cita: \_\_\_\_\_

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

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
-----	---------------	-------	------	------	------	------

Historia de la Enfermedad/evolución

Laboratorios

Plan de Tratamiento

Diagnóstico(s) final(es)

Observaciones

Próxima consulta: \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_



	<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



**SEDE: SEDE QUETZALTENANGO**

**FICHA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA**  
REF-EX-X-2023-XXXX  
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



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

**FICHA DE REFERENCIA MÉDICA Y/O PSIQUIÁTRICA**  
REF-EX-4-2023-180  
REF-EX-MD-4-2023-43

**II. INSTITUCIÓN A DONDE SE REFIERE**

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:** \_\_\_\_\_



2 de 2



## **PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN SOCIAL**

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS VICTIMOLÓGICOS**

**VERSIÓN 4**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2024

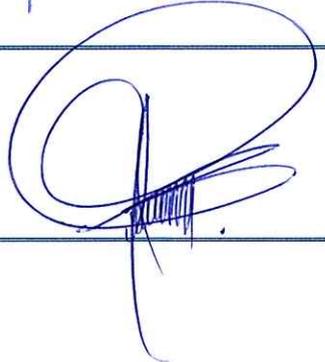
	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 2 de 28

<b>Vigencia:</b> 30/09/2024	<b>Código:</b> DTS-PRO-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**

## PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN SOCIAL

Etapas	Nombre y cargo	Firma
<b>Elaborado por:</b>	Licda. Joselin Analy Ostorga Castro Jefa del Departamento de 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	
	Inga. Silvia Eugenia Barillas Donis Profesional Especializado III del Departamento de Planificación y Desarrollo Institucional	
<b>Revisado y Aprobado por:</b>	Mgtr. Claudia Lucia Pinzón Castillo Director (a) de Servicios Victimológicos en Funciones	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

## 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).

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

- 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).

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

### 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>

			<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>			
<b>5.</b>	<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>
<b>6.</b>	<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>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

			realizado por el área social dependerá de la medida de reparación digna otorgada.
<b>3.3 SOLICITUDES DE INFORMES A REQUERIMIENTO</b>			
<b>7.</b>	<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>
<b>8.</b>	<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.
<b>9.</b>	<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.

			<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.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

<b>15.</b>	<b>Archivo de documentos</b>	Jefe (a) del Departamento de Trabajo Social o Encargado (a) de Sede	Archiva documentos correspondientes.
<b>3.5 EVALUACIÓN FINAL DE IMPACTO</b>			
<b>16.</b>	<b>Evaluación Final de Impacto</b>	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.
<b>3.6 CIERRE DEL CASO</b>			
<b>17.</b>	<b>Criterios para cierre de caso</b>	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>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
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



	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

	FORMULARIO ESTUDIO SOCIOECONÓMICO		
CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 12 de 28
<b>X. RECOMENDACIONES</b>			
(1) _____ NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL QUE ELABORÓ EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO			

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA			
FORMULARIO			
FICHA DE REFERENCIA E INTERVENCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES			
FORMA DE ATENCIÓN	FORMA DE	FECHA DE APROBACIÓN	Página 2 de 2

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA** FICHA DE REFERENCIA E INTERVENCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES

FORMA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

FORMA DE: \_\_\_\_\_

FECHA DE APROBACIÓN: \_\_\_\_\_

Página 2 de 2

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA			
FORMULARIO			
FICHA DE REFERENCIA E INTERVENCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES			
FORMA DE ATENCIÓN	FORMA DE	FECHA DE APROBACIÓN	Página 2 de 2

**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA** FICHA DE REFERENCIA E INTERVENCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES

FORMA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

FORMA DE: \_\_\_\_\_

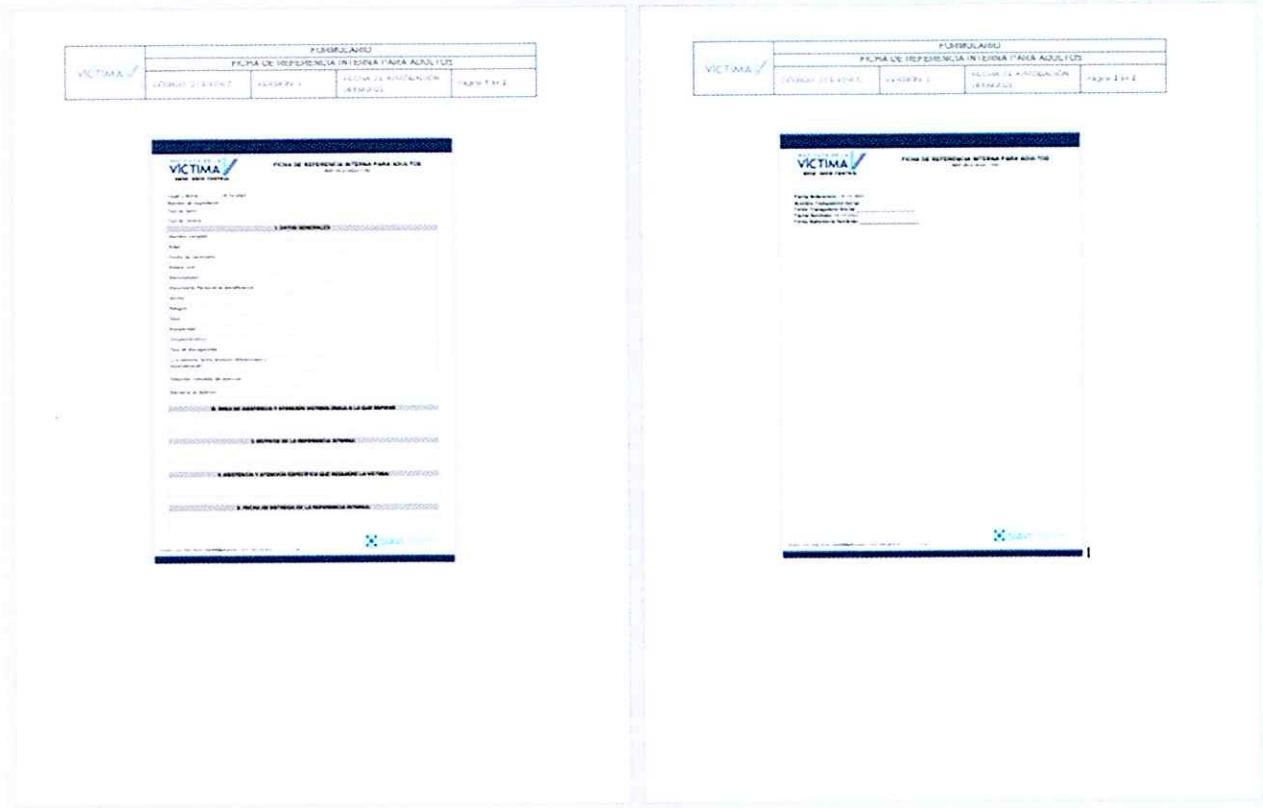
FECHA DE APROBACIÓN: \_\_\_\_\_

Página 2 de 2

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA			
FORMULARIO			
FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS			
CÓDIGO DE VÍCTIMA	CATEGORÍA	TÍTULO DE REFERENCIA INTERNA	Página 2 de 2
<p><b>VÍCTIMA</b> FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA ADULTOS</p> <p>Nombre de referencia: _____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Identificación: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>Profesión: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Fecha de actualización: _____</p> <p>Elaborado por: _____</p> <p>Revisado por: _____</p> <p>Fecha de revisión: _____</p> <p>Elaborado por: _____</p> <p>Revisado por: _____</p> <p>Fecha de revisión: _____</p> <p>Elaborado por: _____</p> <p>Revisado por: _____</p> <p>Fecha de revisión: _____</p>			



	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024	Página 16 de 28



INSTITUTO DE LA VÍCTIMA			
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	SECCIÓN 1	PLANO DE ENTREGA DE SERVICIOS	Página 17 de 28

INSTITUTO DE LA VÍCTIMA			
INSTITUTO DE LA VÍCTIMA	SECCIÓN 1	PLANO DE ENTREGA DE SERVICIOS	Página 17 de 28

**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 constó a su casa de habitación ubicada en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y no poder localizarlo, solicito su presencia a las instalaciones del Instituto de la Víctima, ubicado en 3ª Avenida 16-31 zona 10 Ciudad de Guatemala, el día \_\_\_\_\_

Dónde puede preguntarme por \_\_\_\_\_ con el objeto de efectuarse una entrevista relacionada en beneficio de su caso.

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

(1) \_\_\_\_\_

NOBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL  
SELLO DEL PROFESIONAL

**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 constó a su casa de habitación ubicada en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y no poder localizarlo, solicito su presencia a las instalaciones del Instituto de la Víctima, ubicado en 3ª Avenida 16-31 zona 10 Ciudad de Guatemala, el día \_\_\_\_\_

Dónde puede preguntarme por \_\_\_\_\_ con el objeto de efectuarse una entrevista relacionada en beneficio de su caso.

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

(1) \_\_\_\_\_

NOBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL  
SELLO DEL PROFESIONAL

**INFORME DE ATENCIÓN SOCIAL**

FORMULARIO  
INFORME DE ATENCIÓN SOCIAL

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_  
 Tipo de delito: \_\_\_\_\_  
 Lugar de hecho: \_\_\_\_\_

Observación:  
 Este informe de atención social es un documento de carácter confidencial.

DATOS GENERALES	
Nombre completo:	
Edad:	
Estado civil:	
Nacionalidad:	
Tipo de documento de identidad:	
Identificación de la víctima:	
Sexo:	
Etnia:	
Religión:	
Ocupación:	
Estado de salud:	
Estado de discapacidad:	
Estado de vulnerabilidad:	

**I. OBJETIVO DEL INFORME**

**II. METODOLOGÍA UTILIZADA**

Para el presente informe se utilizó la metodología de la Atención Social, la cual se basa en el apoyo del Estado, de la familia y de la comunidad, así como de la víctima, de los familiares y de otros actores.

**III. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS COLATERALES**

Se debe considerar, además de los aspectos de la víctima, también a los familiares y a los demás miembros de la familia que se encuentren en riesgo de sufrir violencia.

**IV. CONCLUSIONES**

**V. RECOMENDACIONES Y ACCIONES VIGILANCIAS**

**VI. ANEXOS**

El presente informe es un documento de carácter confidencial.

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

**INFORME SOCIAL CON FINES PENALES**

FORMULARIO  
INFORME SOCIAL CON FINES PENALES

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_  
 Tipo de delito: \_\_\_\_\_  
 Lugar de hecho: \_\_\_\_\_

Observación:  
 Este informe social con fines penales es un documento de carácter confidencial.

DATOS GENERALES	
Nombre completo:	
Edad:	
Estado civil:	
Nacionalidad:	
Tipo de documento de identidad:	
Identificación de la víctima:	
Sexo:	
Etnia:	
Religión:	
Ocupación:	
Estado de salud:	
Estado de discapacidad:	
Estado de vulnerabilidad:	

**I. OBJETIVO DEL INFORME**

**II. METODOLOGÍA UTILIZADA**

El informe de metodología de la Atención Social se basa en el apoyo del Estado, de la familia y de la comunidad, así como de la víctima, de los familiares y de otros actores.

**III. ANEXOS**

Se debe considerar, además de los aspectos de la víctima, también a los familiares y a los demás miembros de la familia que se encuentren en riesgo de sufrir violencia.

**IV. HECHOS REFERIDOS DE ACUERDO AL DELITO VICTIMIZANTE**

Se debe considerar, además de los aspectos de la víctima, también a los familiares y a los demás miembros de la familia que se encuentren en riesgo de sufrir violencia.

**V. DATOS GENERALES DESDE DONDE OCURRIÓ EL DELITO VICTIMIZANTE**

Se debe considerar, además de los aspectos de la víctima, también a los familiares y a los demás miembros de la familia que se encuentren en riesgo de sufrir violencia.

**VI. SITUACIÓN DEL DELITO FAMILIAR**

**VII. SITUACIÓN ECONÓMICA**

**III. CONCLUSIONES**

**1. Datos de identificación de la víctima**

**2. Datos de protección de la víctima**

El presente informe social con fines penales es un documento de carácter confidencial.

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

VICTIMA	FORMULARIO		
	INFORME SOCIAL CONTINENTES PERFILES		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

La víctima después del hecho y cómo le afectó en su proyecto de vida

#### X. RECOMENDACIONES

- 1) En cuanto a los ámbitos de áreas de desarrollo humano (familia, trabajo, estado comunitario):
- 1. Área de salud física y emocional
- 2. Área social
- 3. Área legal
- 4. Área económica
- Posicionar la reparación digna en sus recomendaciones de acuerdo con el resolución MIPROTEC/01 de protección o reparador del estado socioeconómico
- Tomar en cuenta a la Med. de Derivación y otras instancias que pueden coadyuvar al cumplimiento de la restitución, la rehabilitación, la indemnización, los métodos de satisfacción y garantías de no repetición que puede ser parte del sancionado o del Estado (Gran ~~Com~~ 2017).

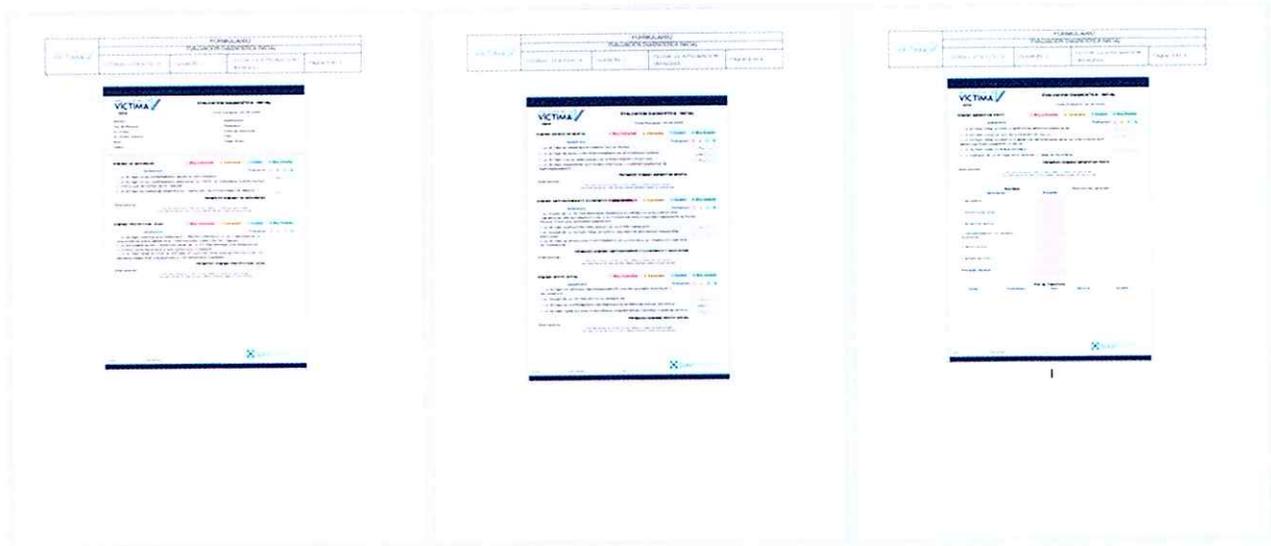
Esta información permite que el lector conozca las necesidades que tiene la víctima para reparar el daño que se le ha causado y quienes intervienen en su recuperación a mediano y largo plazo.

En \_\_\_\_\_

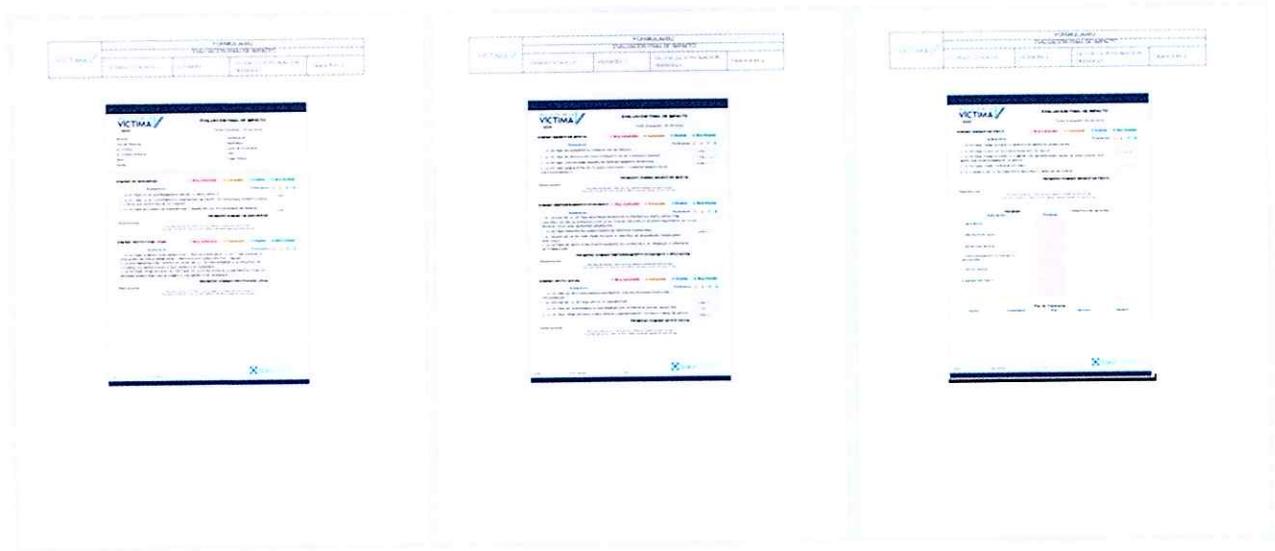
NOMBRE DEL PROFESIONAL

SELLO DEL PROFESIONAL

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



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



	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

<small>FORMULARIO</small>			
<small>FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO</small>			
<small>CÓDIGO DE SEGUIMIENTO</small>	<small>VERSIÓN</small>	<small>FECHA DE APROBACIÓN (AÑO/MES/DÍA)</small>	<small>PÁGINA 22 DE 28</small>

1

<small>FORMULARIO</small>	
<small>FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO</small>	
<small>CÓDIGO DE SEGUIMIENTO</small>	<small>VERSIÓN</small>

<small>FORMULARIO</small>	
<small>FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO</small>	
<small>CÓDIGO DE SEGUIMIENTO</small>	<small>VERSIÓN</small>

<small>FORMULARIO</small>			
<small>FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO</small>			
<small>CÓDIGO DE SEGUIMIENTO</small>	<small>VERSIÓN</small>	<small>FECHA DE APROBACIÓN (AÑO/MES/DÍA)</small>	<small>PÁGINA 22 DE 28</small>

<small>FORMULARIO</small>	
<small>FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO</small>	
<small>CÓDIGO DE SEGUIMIENTO</small>	<small>VERSIÓN</small>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024
			Página 23 de 28

<small>FORMULARIO</small>			
<b>FOYA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA</b>			
<small>FORMA DE SEGUIMIENTO</small>	<small>FECHA DE SEGUIMIENTO</small>	<small>FECHA DE APROBACIÓN</small>	<small>FORMA DE SEGUIMIENTO</small>

**VÍCTIMA** / FOM DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA

FORMA DE SEGUIMIENTO

**FECHA DE SEGUIMIENTO**

**FECHA DE APROBACIÓN**

**FORMA DE SEGUIMIENTO**

<small>FORMULARIO</small>			
<b>FOYA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA</b>			
<small>FORMA DE SEGUIMIENTO</small>	<small>FECHA DE SEGUIMIENTO</small>	<small>FECHA DE APROBACIÓN</small>	<small>FORMA DE SEGUIMIENTO</small>

**VÍCTIMA** / FOM DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA

FORMA DE SEGUIMIENTO

**FECHA DE SEGUIMIENTO**

**FECHA DE APROBACIÓN**

**FORMA DE SEGUIMIENTO**

VÍCTIMA	FORMULARIO		
	INFORME DE CIERRE DE CASO		
CÓDIGO DE CASO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	PÁGINA DE

**INFORME DE CIERRE DE CASO**

I. DATOS GENERALES	
Nombre completo	
Edad	
Lugar y fecha de nacimiento	
Estado civil	
Nacionalidad	
Estado de salud físico y mental al momento de la denuncia	
Nombre del denunciado (persona o institución)	
Relación	
Profesión	
Sexo	
Educación	
Categorización	
Clasificación de gravedad	
Fecha de elaboración	

VÍCTIMA	FORMULARIO		
	INFORME DE CIERRE DE CASO		
CÓDIGO DE CASO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	PÁGINA DE

**II. ACCIONES VICTIMOLÓGICAS REALIZADAS**

Descripción del proceso de atención social. Explicar cuáles se realizaron, acciones realizadas (en el domicilio, en la oficina, en la institución, en el espacio comunitario, logros y dificultades obtenidas, incluir fotografías en el proceso de atención social.

**III. MOTIVO DE CIERRE**

Explicar las razones por las cuales se finalizó el atención social, por ejemplo: ya no está presente en el domicilio del sujeto, ausencia de la víctima, falta de recursos.

El/la \_\_\_\_\_  
TRABAJADOR (A) SOCIAL A CARGO DEL CASO

Marcado por \_\_\_\_\_

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

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

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

**INFORME DE LOCALIZACIÓN**

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

El/la \_\_\_\_\_  
 [NOMBRE Y SELLO DE TRASLADATORIA SOCIAL]

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

	<b>FORMULARIO</b> <b>INFORME SOBRE EL NIVEL DE RIESGO</b>
CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4
FECHA DE APROBACIÓN (EEAGG)	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 - :

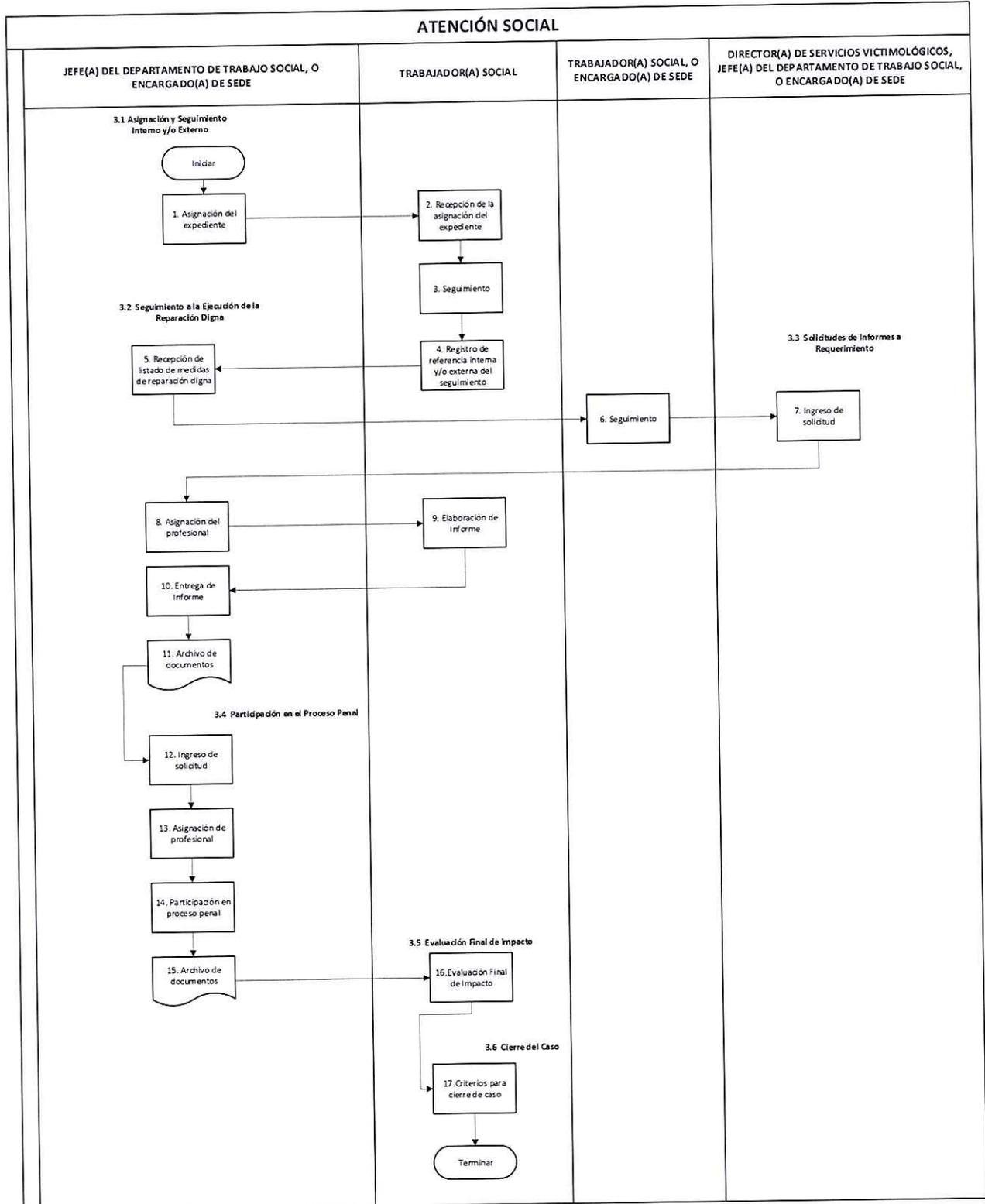
**II. Antecedentes:**  
 Breve descripción del delito, año de denuncia y sindicado

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

**IV. Recomendaciones:**

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

FLUJOGRAMA



	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-PRO-1	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN: 19/09/2024

### 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



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

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	

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 4 de 7

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

Empty space for reporting facts, initial diagnostic evaluation, and interview details.

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-1	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 5 de 7

**VII. DAÑOS AL PROYECTO DE VIDA**

Empty space for reporting damages to the project of life.

**VIII. OBSERVACIONES**

Empty space for observations.

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

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	
Número de ambientes:										
Condiciones de la vivienda:										
Riesgos:										

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

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

---



---



---

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

<b>X. RECOMENDACIONES</b>

(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


**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		<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"/>

**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 al 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 **		<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"/>

**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 al 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



SEDE:

**EVALUACION DIAGNOSTICA - INICIAL**

Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX

**DOMINIO BIENESTAR MENTAL**

Subdominio

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

Puntuación

1. LA VÍCTIMA NO MANIFIESTA CONDUCTAS DE RIESGO. *	1	2	3	4
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 el cuidador del menor de edad.

**DOMINIO EMPODERAMIENTO ECONÓMICO Y EDUCACION**

Subdominio

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

Puntuación

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.	1	2	3	4
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 EDUCACION:**

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 el cuidador del menor de edad.

**DOMINIO APOYO SOCIAL**

Subdominio

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

Puntuación

1. LA VÍCTIMA ES APOYADA EMOCIONALMENTE CON RELACIONES POSITIVAS Y SALUDABLES. *	1	2	3	4
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 el cuidador del menor de edad.

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**

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

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

Fecha	Comentario	Plan de Tratamiento	Servicio	Usuario

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	Página 1 de 3


**EVALUACIÓN FINAL DE IMPACTO**

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

Nombre	Identificación
Tipo de Persona	Parentesco
Es Víctima	Fecha de Nacimiento
Es Víctima Indirecta	Edad
Sexo	Origen Étnico
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"/>

**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. **		<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"/>

**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.

Usuarios
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**

**EVALUACION FINAL DE IMPACTO**

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

Fecha Evaluación: XX-XX-XXXX

**DOMINIO BIENESTAR MENTAL**

Subdominio

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

Puntuación **1 2 3 4**

1. LA VÍCTIMA NO MANIFIESTA CONDUCTAS DE RIESGO +

2. LA VÍCTIMA SE INVOLUCRA POSITIVAMENTE EN ACTIVIDADES DIARIAS +

3. LA VÍCTIMA UTILIZA HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO POSITIVAS +

4. LA VÍCTIMA DEMUESTRA ACTITUDES POSITIVAS Y COMPORTAMIENTOS DE EMPODERAMIENTO +

**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 ECONOMICO**

Subdominio

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

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

2. LA VÍCTIMA DEMUESTRA HABILIDADES DE GESTIÓN FINANCIERA +

3. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A UNA RED DE SEGURIDAD FINANCIERA ADECUADA

4. LA VÍCTIMA SE INVOLUCRA POSITIVAMENTE EN LA ESCUELA, EL TRABAJO O CENTROS DE FORMACIÓN +

**PROMEDIO DOMINIO EMPODERAMIENTO ECONOMICO Y EDUCACION:**

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**

Subdominio

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

Puntuación **1 2 3 4**

1. LA VÍCTIMA ES APOYADA EMOCIONALMENTE CON RELACIONES POSITIVAS Y SALUDABLES +

2. EL HOGAR DE LA VÍCTIMA APOYA SU BIENESTAR

3. LA VÍCTIMA NO EXPERIMENTA DISCRIMINACIÓN NI PRESIÓN SOCIAL NEGATIVA +

4. LA VÍCTIMA TIENE ACCESO A RECURSOS COMUNITARIOS Y ESTRUCTURAS DE APOYO

**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



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



**INSTITUTO DE LA VÍCTIMA**  
SEDE:

**EVALUACION FINAL DE IMPACTO**

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.	○ ○ ○ ○
2. LA VICTIMA CUIDA DE SUS NECESIDADES DE SALUD **	○ ○ ○ ○
3. LA VICTIMA TIENE ACCESO A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS ADECUADAS QUE IMPACTAN POSITIVAMENTE LA SALUD	○ ○ ○ ○
4. LA VICTIMA TIENE VIVIENDA ESTABLE	○ ○ ○ ○
5. LA VIVIENDA DE LA VICTIMA ESTÁ SEGURA Y LIBRE DE PELIGROS	○ ○ ○ ○

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 al menor de edad

Descripción	Resultado Promedio	Observaciones generales
1. SEGURIDAD		
2. PROTECCIÓN LEGAL		
3. BIENESTAR MENTAL		
4. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO Y EDUCACIÓN		
5. APOYO SOCIAL		
6. BIENESTAR FÍSICO		

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 Vidar Rivas Salsipueda#Impresión: 14-07-2023 08:56:34



1 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	Página 1 de 2



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

**FICHA DE REFERENCIA EXTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES**  
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



	<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 2 de 2

 <b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b> SEDE: SEDE CENTRAL	<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	
<b>Fecha Referencia:</b> _____ <b>Nombre Trabajadora Social:</b> _____ <b>Firma Trabajadora Social:</b> _____ <b>Fecha Recibida:</b> _____ <b>Firma Referencia Recibida:</b> _____	
	
<small>Usuario: LUIS VÍCTOR PÉREZ SAGRALDO   Fecha de impresión: 14/07/2023 09:45:16   2 de 2</small>	

Lugar y fecha 19-10-2022

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	

**III. ÁREA DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN VICTIMOLÓGICA A LA QUE REFIERE**

--

**3. MOTIVOS DE LA REFERENCIA INTERNA:**

--

**4. ASISTENCIA Y ATENCIÓN ESPECÍFICA QUE REQUIERE LA VÍCTIMA:**

--

**5. FECHA DE ENTREGA DE LA REFERENCIA INTERNA:**

--



	<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 1 de 2

 <b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b> SEDE: SEDE CENTRAL	<b>FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES</b> REF-IN-1-2023-609
Lugar y fecha 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. DATOS DE LA MADRE, PADRE, ENCARGADO O ACOMPAÑANTE</b>	
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	
	

	<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



SEDE: SEDE CENTRAL

**FICHA DE REFERENCIA INTERNA PARA NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES**

REF-IN-1-2023-609

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

3. MOTIVOS DE LA REFERENCIA INTERNA:

4. ASISTENCIA Y ATENCIÓN ESPECÍFICA QUE REQUIERE LA VÍCTIMA:

5. FECHA DE ENTREGA DE LA REFERENCIA INTERNA:

Fecha Referencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre Trabajadora Social: \_\_\_\_\_  
 Firma Trabajadora Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha Recibida: \_\_\_\_\_  
 Firma Referencia Recibida: \_\_\_\_\_



2 de 2

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA</b>		
CÓDIGO: DTS-FOR-13	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023	Página 1 de 2

		<b>FICHA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA</b> Fecha Formulario: 14-07-2023
<b>DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA</b>		
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		
<b>Orientación sexual:</b>		
<b>Identidad de género:</b>		
Escolaridad		
Profesión u oficio		
Tipo de discapacidad		
<b>Origen Etnico:</b>		
<b>Pais de origen:</b>		
Numero de Caso		
Tipo de Delito		
Servicio		
		
Usuario: ivapen	Fecha Impresión: 14-07-2023 08:45:11	T de 2

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>FICHA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-13	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

 <b>INSTITUTO DE LA VÍCTIMA</b> SEDE: SEDE CENTRAL	<b>FICHA DE SEGUIMIENTO A LA VÍCTIMA</b> Fecha Formulario: 14-07-2023
<b>OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO</b>	
<b>DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL</b>	
<b>OBSERVACIONES</b>	
	
Usuario: exabon	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		
<b>Orientación sexual:</b>		
<b>Identidad de género:</b>		
Escolaridad		
Profesión u oficio		
Tipo de discapacidad		
<b>Origen Etnico:</b>		
<b>País de origen:</b>		
Numero de Caso		
Tipo de Delito		
Servicio		
		
Usuario: vrsdbr	Fecha Impresión: 14-07-2023 08:53:45	1 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

 <p>SEDE: SEDE CENTRAL</p>	<p><b>FICHA DE SEGUIMIENTO INTERNO Y/O EXTERNO</b> Fecha Formulario: 18-05-2023</p>
<p><b>NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL QUE BRINDO LA ATENCION EN EL IV</b></p>	
<p><b>NOMBRE DE LA INSTITUCION U ORGANIZACION QUE BRINDA LA ATENCION</b></p>	
<p><b>OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO</b></p>	
<p><b>INFORMACION PROPORCIONADA POR LA O EL PROFESIONAL SOBRE EL PLAN DE ATENCION</b></p>	
<p><b>ESTADO DEL PROCESO DE ATENCION</b></p>	
<p><b>ACCIONES COORDINADAS CON LA O EL PROFESIONAL PARA EL AVANCE DEL PROCESO</b></p>	
<p><b>OBSERVACIONES</b></p>	
	
Usuario: vee30n	Fecha Impresión: 14-07-2023 08:53:48
2 de 2	

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME DE ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-7	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

## 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:	

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME DE ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	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.

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME DE ATENCIÓN SOCIAL</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-7	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023
			Página 3 de 3

**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

## 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	

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME DE CIERRE DE CASO</b>		
	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: \_\_\_\_\_

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME DE LOCALIZACIÓN</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-18	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

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

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME SOBRE EL NIVEL DE RIESGO</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-20	VERSIÓN: 1	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

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

## 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	

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME SOCIAL CON FINES PENALES</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-8	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

**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

	<b>FORMULARIO</b>		
	<b>INFORME SOCIAL CON FINES PENALES</b>		
	CÓDIGO: DTS-FOR-8	VERSIÓN: 3	FECHA DE APROBACIÓN: 08/09/2023

## 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

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