

## FORMATOS DE SOLICITUD DE SERVICIOS

### FORMULARIO PARA DENUNCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR

#### En caso de violencia de Doméstica

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ N. de identidad: \_\_\_\_\_  
Aldea, Barrio o Colonia: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ ocupación: \_\_\_\_\_  
Nivel Educativo: \_\_\_\_\_

#### El Denunciado Es Su:

- a) Esposo
- b) pareja conviviente
- c) novio /a
- d) padre/Madre
- e) Otro (Especificar )

CONVIVE ACTUALMENTE CON EL AGRESOR? SI \_\_\_\_\_ NO. \_\_\_\_\_

#### DENUNCIADO / A

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ N. de Identidad: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

#### RELATO DE LOS HECHOS



*Delia Josefa Chirinos C.*

## DATOS DE INTERES

- a) Tipo de violencia: a.) física    b. psicológica emocional    c.) sexual
- b) frecuencia de los actos de violencia: a.) por primera vez    b.) todos los días  
C.) todas las semanas    d una vez por semana
- c) La víctima está embarazada:    a.) Si    b.) No
- d) La víctima esta discapacitada:    a.) Si    b.) No
- e) La víctima ha recibido asistencia médica a causa de la violencia:    a) Si    b) No
- f) El agresor tiene antecedentes penales:    a.)Si    b.)No
- g) El agresor consume sustancias adictivas:    a) Si    b.) No
- h) El agresor tiene armas de fuego:    a.) Si    b.) No
- i) El agresor utilizo armas intimidatoriamente: a.) Si    b.) No
- j) El agresor ha intentado/ amenazado con suicidarse:    a.) Si    b.) No

## DENUNCIAS ANTERIORES

Efectuada ante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Juzgado interviniente: a) paz    b) familiar    c) penal  
Se dictó alguna medida de protección o asistencia:

\_\_\_\_\_  
Firma Denunciante

\_\_\_\_\_  
Coordinadora de la OMM



*Delia Josefa Chirinas C.*

## ENTREVISTA

Nombre \_\_\_\_\_

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

1. ¿Usted sufre de violencia familiar?

Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. ¿Qué tipo de violencia?

Física \_\_\_\_\_ psicológica \_\_\_\_\_ sexual \_\_\_\_\_

Tales como:

Bofetadas \_\_\_\_\_ Desprecio \_\_\_\_\_ Insultos \_\_\_\_\_

Humillación \_\_\_\_\_ Patadas \_\_\_\_\_ Oros \_\_\_\_\_

3. ¿Con que frecuencia es maltratada?

Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_

4. ¿Quién es el agresor?

Esposo \_\_\_\_\_ Hijos \_\_\_\_\_ Novio \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

5. ¿Has recibido alguna ayuda de parte de una institución?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Alguna vez ha denunciado dicho maltratado

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Usted ha sufrido algún tipo de maltrato en su infancia

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



*Delia Josefina Chirinos C.*

## REPORTE POR VIOLENCIA DOMESTICA A LA OMM

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

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

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

### INCIDENCIAS

Relato de cómo ocurrieron los hechos.



Delia Josefa Chinnos C.

¿Por qué soporta ser maltratada

---

¿Por qué ocurre el maltrato?

Celos \_\_\_\_\_

Problemas Económicos \_\_\_\_\_

Discusiones de parejas \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Qué opina del maltrato

---



*Delia Josefa Chirinos C.*