

Datos de identificación

Fecha de elaboración: _____

Nombre completo:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:
Domicilio:	

 Herramienta para la detección de la violencia y evaluación del riesgo, según situación específica de violencia.				
No.	Preguntas	Frecuencia en los últimos 12 meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
A. Riesgo a la salud mental e incremento de violencia				
1.	La insultó, menospreció o humilló en privado o frente a otras personas.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
2.	Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas (aislamiento).	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
3.	La controló en sus actividades o tiempos.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
4.	Le quitó o uso sus pertenencias en contra de su voluntad.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
5.	La difamó o proporcionó información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
6.	Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
7.	Le destruyó alguna de sus pertenencias.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF



8.	Se puso a golpear o patear la pared o algún otro mueble u objeto.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
9.	Amenazó con golpearla o encerrarla.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
10.	Amenazó con matarla.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
11.	Amenazó con llevarse a sus hijos.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
B. Riesgo a la salud física				
12.	La sacudió, zarandeó, jaloneó o empujó a propósito.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
13.	La golpeó con la mano, el puño, objetos o la pared.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
14.	La quemó con objetos o sustancias calientes.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
C. Riesgo a la salud sexual y reproductiva				
15.	La hostigó o acosó sexualmente o bien la forzó a dejarse tocar o acariciar en contra de su voluntad.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
16.	Ha forzado físicamente a alguna persona o alguno de sus hijos/as para tener sexo.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF



17.	Le controla el uso de métodos anticonceptivos o no le permite usarlos.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
18.	La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin utilizar fuerza física.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
19.	La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, utilizando fuerza física.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
20.	La forzó a tener sexo en prácticas que no son de su agrado.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
21.	Ha estado o está embarazada como producto de la violación. Indague el tiempo de gestación.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
22.	Le ha impedido interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de violación.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
23.	La ha golpeado durante el embarazo.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
24.	La ha golpeado durante el embarazo y eso le provocó un aborto .	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a servicio psic. individual y especializado: CJM/CEPAVF/ ICM/SS/DIF
D. Riesgo de muerte inminente				
25.	La golpeó tanto que usted creyó que iba a matarla.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia inmediata a un refugio o lugar seguro donde no la pueda encontrar.



26.	La trató de ahorcar o asfixiar.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia inmediata a un refugio o lugar seguro donde no la pueda encontrar.
27.	La tiró por las escaleras o de la azotea, balcón, o de un auto en movimiento, etc.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia inmediata a un refugio o lugar seguro donde no la pueda encontrar.
28.	La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia inmediata a un refugio o lugar seguro donde no la pueda encontrar.
29.	Le disparó con alguna pistola o rifle.	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia inmediata a un refugio o lugar seguro donde no la pueda encontrar.



Herramienta para evaluar la capacidad de respuesta de la beneficiaria ante los eventos violentos

No.	Preguntas	Frecuencia en los último 12 meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
1.	¿Ha tenido trastornos de sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormida) y pesadillas?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ICM/SS/DIF
2.	¿Ha perdido el interés en participar en actividades significativas para usted?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ICM/SS/DIF
3.	¿Usted ha tenido una gran pérdida reciente (por muerte, separación, pérdida de bienes o de trabajo)?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ICM/SS/DIF
4.	¿Usted ha perdido casi todo contacto con familiares o amistades?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a grupos de autoayuda: CJM/CEPAVF/ICM/SS/DIF
5.	¿Usted consume alcohol o drogas con frecuencia?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Referencia a atención especializada de atenciones CARA.



6.	¿Usted ha estado muy deprimida continuamente?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Refiere a servicio especializado de Atención a la Violencia.
7.	¿Usted ha pensado en quitarse la vida?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Refiere a servicio especializado de Atención a la Violencia.
8.	¿Usted ha planeado alguna forma de quitarse la vida?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Refiere a servicio especializado de Atención a la Violencia.
9.	¿Usted ha intentado quitarse la vida?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Refiere a servicio especializado de Atención a la Violencia.
10.	¿Tiene usted amistades o familiares que pudieran apoyarle con hospedaje o dinero en caso de emergencia?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Ofrecerle acceso a refugio ICM/OSC
11.	¿El lugar en que piensa en caso de emergencia es un lugar donde el agresor no pueda encontrarla?	Nunca: N° de veces: Fecha del último evento:		Ofrecerle acceso a refugio ICM/OSC



 Herramienta para evaluar la peligrosidad del agresor		
No.	Preguntas	Observación
1.	¿Existe alguna razón por la que usted sienta un miedo inmenso hacia el agresor?	NO. Sí. Describa:
2.	¿Tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel?	NO. Sí. Describa:
3.	¿Utiliza alcohol o drogas con frecuencia?	NO. Sí. Describa:
4.	¿Tiene acceso a armas?	NO. Sí. Describa:
5.	¿Participa en actividades delictivas?	NO. Sí. Describa:
6.	¿Tiene nexos con grupos policíacos o militares?	NO. Sí. Describa:
7.	¿Existen otros aspectos relevantes que nos ayuden a evaluar la peligrosidad del agresor?	NO. Sí. Describa:

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información y datos proporcionados son verdaderos y correctos, lo que ratifico con mi firma asentada al calce.

Nombre y firma de la beneficiaria

Elaboró la presente evaluación de riesgo:

Nombre y firma