

ANEXO

FICHA "VALORACIÓN DE RIESGO" EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

|   |  |   |
|---|--|---|
| APELLIDOS Y NOMBRE DE EL/LA OPERADOR/A: _____   |  | FECHA: _____  |
| INSTITUCIÓN (Comisaría, Ministerio Público, Poder Judicial): _____  |  | DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____  |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA VÍCTIMA: _____   |  | EDAD DE LA VÍCTIMA: _____   |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI <input type="radio"/> CARNET DE EXTRANJERÍA <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/>   |  | Número: _____ N° DE HIJOS/AS MENORES DE EDAD: _____   |
| OCUPACIÓN: _____  |  |   |
| LA VÍCTIMA ESTÁ EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>   |  | LENGUA MATERNA: CASTELLANO <input type="radio"/> QUECHUA <input type="radio"/> AYMARARA <input type="radio"/> |
| TIPO: FÍSICA <input type="radio"/> VISUAL <input type="radio"/> AUDITIVA <input type="radio"/> PSICOSOCIAL <input type="radio"/> INTELLECTUAL <input type="radio"/> |  | OTROS (inglés, etc), especifique: _____   |
| SORDO/A-CIEGO/A <input type="radio"/> MUDO/A <input type="radio"/>  |  | LENGUA DE SEÑAS (Ley 29535): SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>                                |
|   |  | IDENTIDAD ÉTNICA, especifique: _____  |

**INSTRUCCIONES:** La presente ficha es para ser aplicada a mujeres y adolescentes mujeres mayores de 14 años que son víctimas de violencia por su pareja o ex pareja, con el objetivo de valorar el riesgo, prevenir el Femicidio y adoptar las medidas de protección correspondientes (Art. 28 de la Ley 30364). La ficha contempla datos sobre los hechos de violencia. Para su llenado, el/la operador/a marcará cada ítem según el relato de la víctima, al final sumará todos los puntajes y de acuerdo al intervalo donde se ubica, pondrá la valoración respectiva.

| I. ANTECEDENTES - VIOLENCIA PSICOLÓGICA, FÍSICA Y SEXUAL   |                     |  |   |   | PUNTAJE |
|--|---------------------|--|---|---|---------|
| 1. ¿Ha interpuesto denuncia por anteriores hechos de violencia?  | SÍ                  | NO   |   |   |         |
|  | 2                   | 0  |   |   |         |
| 2. ¿Con qué frecuencia su pareja o ex pareja le agredió física o psicológicamente, en el último año?         | NO                  | A veces  | Mensual   | Diario / semanal  |         |
|  | 0                   | 1  | 2   | 3   |         |
| 3. En el último año, ¿las agresiones se han incrementado?  | SÍ                  | NO   |   |   |         |
|  | 2                   | 0  |   |   |         |
| 4. ¿Qué tipo de lesiones le causaron las agresiones físicas recibidas en este último año?                    | NO                  | Lesiones como moretones, rasguños                                      | Lesiones como fracturas, golpes sin compromisos de zonas vitales                        | Con riesgo de muerte / requirió hospitalización: estrangulamiento, envenenamiento, desbarrancamiento, lesiones con compromisos de zonas vitales |         |
|  | 0                   | 1  | 2   | 3   |         |
| 5. ¿Usted conoce si su pareja o ex pareja tiene antecedentes de haber agredido físicamente a sus ex parejas? | SÍ                  | NO   | DESCONOCE   |   |         |
|  | 2                   | 0  | 0   |   |         |
| 6. ¿Su pareja o ex pareja ejerce violencia contra sus hijos/as, familiares u otras personas?                 | SÍ                  | NO   | DESCONOCE   |   |         |
|  | 2                   | 0  | 0   |   |         |
| 7. ¿Su pareja o ex pareja le ha obligado alguna vez a tener relaciones sexuales?                             | SÍ                  | NO   |   |   |         |
|  | 3                   | 0  |   |   |         |
| II. AMENAZAS   |                     |  |   |   |         |
| 8. ¿Su pareja o ex pareja le ha amenazado de muerte? ¿De qué manera le ha amenazado?                         | NO                  | Amenaza enviando mensajes por diversos medios (teléfono, email, notas) | Amenaza verbal con o sin testigos. (hogar o espacios públicos)                          | Amenaza usando objetos o armas de cualquier tipo  |         |
|  | 0                   | 1  | 2   | 3   |         |
| 9. ¿Usted cree que su pareja o ex pareja la pueda matar?   | SÍ                  | NO   |   |   |         |
|  | 3                   | 0  |   |   |         |
| III. CONTROL EXTREMO HACIA LA PAREJA O EX PAREJA   |                     |  |   |   |         |
| 10. ¿Su pareja o ex pareja desconfía de Ud. o la acosa? ¿Cómo le muestra su desconfianza o acoso?            | NO                  | Llamadas insistentes y/o mensajes por diversos medios                  | Invade su privacidad (revisa llamadas y mensajes telefónicos, correo electrónico, etc.) | La sigue o espía por lugares donde frecuenta (centro laboral, de estudios, etc.)  |         |
|  | 0                   | 1  | 2   | 3   |         |
| 11. ¿Su pareja o ex pareja la controla? ¿De qué forma lo hace?   | NO                  | Controla su forma de vestir y salidas del hogar                        | La aísla de amistades y familiares  | Restringe acceso a servicios de salud, trabajo o estudio.   |         |
|  | 0                   | 1  | 2   | 3   |         |
| 12. ¿Su pareja o ex pareja utiliza a sus hijos/as para mantenerla a usted bajo control?                      | SÍ                  | NO   |   |   |         |
|  | 2                   | 0  |   |   |         |
| 13. ¿Su pareja o ex pareja le ha dicho o cree que usted le engaña?   | NO le ha dicho nada | NO le ha dicho, pero cree  | SI le ha dicho que le engaña  |   |         |
|  | 0                   | 1  | 2   |   |         |
| 14. ¿Ud. considera que su pareja o ex pareja es celoso?  | NO                  | SÍ   |   |   |         |
|  | 0                   | 2  |   |   |         |

## IV. CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES

|   | NO               | Aceptó separarse pero no desea retirarse de la casa         | No aceptó separarse. Insiste en continuar con la relación | No aceptó separarse, la amenaza con hacerle daño o matar a sus hijos/as |                      |
|---|------------------|---|---|---|----------------------|
| 15. ¿Usted en algún momento le dijo a su pareja que quería separarse de él? ¿Cómo reaccionó él? | 0                | 1   | 2   | 3   | <input type="text"/> |
| 16. ¿Actualmente vive usted con su pareja?  | SÍ, viven juntos | NO, ya no viven juntos, pero insiste en retomar la relación |   |   | <input type="text"/> |
| 17. ¿Su pareja es consumidor habitual de alcohol o drogas? (Diario, semanal, mensual)           | SÍ               | NO  |   |   | <input type="text"/> |
| 18. ¿Su pareja o ex pareja posee o tiene acceso a un arma de fuego?                             | SÍ               | NO  | DESCONOCE   |   | <input type="text"/> |
| 19. ¿Su pareja o ex pareja usa o ha usado un arma de fuego?                                     | SÍ               | NO  | DESCONOCE   |   | <input type="text"/> |
|   | 1                | 2   |   |   | <input type="text"/> |
|   | 1                | 0   |   |   | <input type="text"/> |
|   | 1                | 0   | 0   |   | <input type="text"/> |
|   | 2                | 0   | 0   |   | <input type="text"/> |

TOTAL :

## VALORACIÓN DE RIESGO:

Riesgo Leve: &lt; 0 - 12 &gt;.

Riesgo Moderado: &lt; 13 - 21 &gt;.

Riesgo Severo: &lt; 22 - 44 &gt;.

**Si marcó en la pregunta 4 la alternativa "Con riesgo de muerte/requirió hospitalización" (estrangulamiento, envenenamiento, desbarrancamiento, lesiones con compromisos de zonas vitales, etc.) SE CONSIDERA COMO RIESGO SEVERO**

RIESGO LEVE RIESGO MODERADO RIESGO SEVERO 

**OBSERVACIONES DE INTERÉS:** (Escriba los resultados del Anexo Factores de Vulnerabilidad, así como información que considere importante y que no recoja la ficha)

FIRMA Y SELLO DEL/LA OPERADOR/A:

---

FIRMA DE LA USUARIA:

---

HUELLA DIGITAL

## ANEXO FACTORES DE VULNERABILIDAD

**ANEXO COMPLEMENTARIO A LA FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

**Instrucciones:** Mediante este anexo se recogen factores de vulnerabilidad que inciden en la **continuidad** de la violencia. Debe ser aplicada por el/la operador/a policial inmediatamente después de la FVR. En caso que la persona denunciante no presente la condición a la cual se refiere la pregunta de este anexo se marcará “no aplica”. Cuando los factores de vulnerabilidad estén presentes en la víctima, deben ser tomados en cuenta para ampliar las medidas de protección y cautelares en la etapa de protección del proceso.

**Violencia económica o patrimonial**

1. ¿Depende económicamente de su pareja?  
Si ( ) No ( ) Compartimos gastos ( )
2. ¿Su pareja o ex pareja cumple puntualmente con atender los gastos de alimentación suyo y/o de sus hijos/as?  
Si ( ) No ( )
3. ¿Piensa o tuvo que interponerle una demanda de alimentos?  
Si piensa interponer demanda<sup>1</sup> ( ) Si interpuso demanda ( ) No ( )
4. ¿Su pareja o expareja ha realizado o realiza acciones para apropiarse de sus bienes (casa, dinero, carro, animales, artefactos, sueldo, negocio u otros bienes)? ¿o le restringe o impide el uso de los mismos?  
Si ( ) No ( ) No aplica porque no tiene bienes propios ( )

**Orientación Sexual**

5. ¿Su pareja o expareja le ha agredido, insultado y/o excluye (discriminado) por su orientación sexual?  
La víctima puede reservarse el derecho de contestar  
Si ( ) No ( ) No aplica ( )

**Interculturalidad**

6. ¿Su pareja o expareja le humilla o excluye (discrimina) por su cosmovisión (forma de interpretar el mundo), lengua (lenguas indígenas, acento y forma de hablar una lengua), fenotipo (rasgos físicos y/o color de piel), indumentaria (vestimenta, adornos y accesorios) e identidad étnica (pertenencia a un grupo étnico)?  
Si ( ) Especifique:  
En el ámbito étnico<sup>2</sup> de su pareja ( ) En el ámbito étnico de ella ( ) En cualquier otro ámbito ( )  
No ( )

**Discapacidad**

*Si en la primera sección (datos generales de la víctima) identificó que la persona no presenta discapacidad, pase a la pregunta N° 8*

7. ¿Su pareja o expareja le humilla o excluye (discrimina) por estar en situación de discapacidad que le impide realizar con facilidad las actividades de la vida diaria?  
Si ( ) No ( ) No aplica ( )

**Embarazo (en caso de responder afirmativamente la clasificación del riesgo sube un nivel)**

8. ¿Está embarazada?  
Si ( ) No ( ) (si respondió “No”, no realizar las siguientes preguntas)
9. ¿Su pareja le ha amenazado con abandonarle o su expareja le ha abandonado porque está embarazada?  
Si ( ) No ( ) No aplica porque no está embarazada ( )
10. ¿Su pareja o expareja le golpea o le ha golpeado en el vientre?  
Si<sup>3</sup> ( ) No ( ) No aplica porque no está embarazada ( )

<sup>1</sup> El operador/a, que identifique este factor de vulnerabilidad, debe orientar a la víctima sobre la posibilidad de interponer una demanda por alimentos.

<sup>2</sup> Espacio geográfico que ancestralmente ocupan y los nuevos espacios que estén ocupando.

<sup>3</sup> El operador/a, que identifique este factor de vulnerabilidad, debe conducir a la víctima a una institución de salud.

### FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN EL ENTORNO FAMILIAR (0 A 17 AÑOS)

**I.- Datos del operador/a**

Nombre y Apellidos:

Institución en la que labora:

(Comisaría, Ministerio Público, Poder Judicial)

Fecha:

**II.- Datos del NNA**

Nombre(s) y/o Apellido(s):

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Número de documento de identidad/otro:

Sexo:

Hombre Mujer 

Lengua/Idioma/dialécto (de ser el caso):

Dirección actual:

La víctima está en situación de discapacidad:

SI NO LENGUA MATERNA: CASTELLANO  QUECHUA  AYMARA 

Tipo

Física Auditiva Psicosocial 

OTROS, especifique: \_\_\_\_\_

Visual Sordo/ciego Intelectual LENGUA DE SEÑAS (Ley 29535): SI  NO 

LENGUA EXTRANJERA, especifique: \_\_\_\_\_

IDENTIDAD ÉTNICA, especifique: \_\_\_\_\_

Tiene hermanos/as:

| Nombre | Edad |
|--------|------|
|        |      |
|        |      |
|        |      |

Nombre y apellido de/la persona que acompaña (de ser el caso):

¿Qué relación tiene con el NNA?:

Lengua/Idioma/dialécto (de ser el caso):

Denuncia previa en la Institución educativa o UGEL:

Si el agresor/a es personal de la Institución Educativa ¿realizó denuncia en la IE o UGEL?

SI NO 
**INSTRUCCIÓN (\*)**

La presente ficha es para ser aplicada en los casos de niñas, niños y adolescentes (NNA) que son afectados/as por hechos de violencia por parte de algún integrante de su grupo familiar, con el objeto de valorar el riesgo en que se encuentran y tomar las medidas de protección que se necesiten. La ficha puede ser aplicada recogiendo los datos a partir de la observación o indagando en otras fuentes.

La ficha contempla datos vinculados al nivel de riesgo individual y del entorno familiar. Para su llenado, el/la operador/a marcará cada ítem según el relato del afectado/a o de su acompañante, al final se sumarán los puntajes y el total se ubicará en el intervalo de la escala de valoración del riesgo. Obteniéndose los niveles de riesgo a los que está expuesto el NNA de modo tal que se prevea una intervención inmediata.

| III. SITUACIONES ALTO RIESGO |  | SI  | NO                                  |
|------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| 1.                           | Declara haber sufrido violencia sexual | Passar a pregunta 14 y puntuar como alto riesgo | Continuar la aplicación de la ficha |

**IV.- Nivel Individual**

Puntaje

|    |  |                    |                    |                      |     |
|----|--|--------------------|--------------------|----------------------|-----|
| 2. | Indicar el grupo de edad al que pertenece la víctima                           | 0-5 años           | 6- 11 años         | 12 - 17 años         | [ ] |
|    |  | 3                  | 2                  | 1                    |     |
| 3  | Indicar si la víctima tiene algún tipo de discapacidad                         | No                 | Sí                 | Desconoce            | [ ] |
|    |  | 0                  | 3                  | 0                    |     |
| 4  | Indicar la frecuencia con la que el NNA ha faltado al colegio en el último año | 0 a 2 veces al mes | 2 a 4 veces al mes | 5 a más veces al mes | [ ] |
|    |  | 0                  | 2                  | 3                    |     |
| 5  | El NNA realiza labores de trabajo vinculadas a peligro evidente                | No                 | Sí                 |                      | [ ] |
|    |  | 0                  | 3                  |                      |     |
| 6  | Indicar si el NNA ha sufrido agresiones previas                                | No                 | Sí                 |                      | [ ] |
|    |  | 0                  | 3                  |                      |     |

|   |  |                      |  |   |                      |
|---|--|----------------------|--|---|----------------------|
| 7 | Indicar el tipo de heridas sufridas en el último incidente de agresión | Moretones o rasguños | Huellas evidentes de golpe, cicatrices en alguna zona del cuerpo, otros. | Fracturas, quemaduras o lesiones que requieren atención médica u hospitalización; estrangulamiento, envenenamiento, asfixia, otros. |                      |
|   |  | 1                    | 2  | 3   | <input type="text"/> |
| 8 | El NNA pasa largas horas solo/a en casa sin que nadie le cuide         | No                   | Sí   |   |                      |
|   |  | 0                    | 3  |   | <input type="text"/> |

|                      |         |
|----------------------|---------|
| V. Nivel de entornos | Puntaje |
|----------------------|---------|

|    |  |                       |                          |                      |
|----|--|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| 9  | Indicar cuál es el vínculo entre el NNA y la persona agresora                            | Padre/madre o hermano | Tío/a, abuelo/a u otro/a |                      |
|    |  | 3                     | 1                        | <input type="text"/> |
| 10 | El cuidador/a principal tiene alguna enfermedad física o mental que impida cuidar al NNA | No                    | Sí                       |                      |
|    |  | 0                     | 3                        | <input type="text"/> |
| 11 | El/la agresor/a vive o frecuenta su casa   | No                    | Sí                       | Desconoce            |
|    |  | 0                     | 3                        | 0                    |
| 12 | El/la agresor/a usa o consume drogas/alcohol   | No                    | Sí                       | Desconoce            |
|    |  | 0                     | 3                        | 0                    |
| 13 | El agresor/a tiene antecedentes policiales o penales                                     | No                    | Sí                       | Desconoce            |
|    |  | 0                     | 3                        | 0                    |

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| IV. Factores de protección | Puntaje |
|----------------------------|---------|

|    |   |    |    |                           |
|----|---|----|----|---------------------------|
| 14 | Existe alguna persona en la familia que apoye o ayude al NNA cuando tiene alguna dificultad | No | Sí | ¿Quién?                   |
|    |   | 3  | 0  | (Colocar el nombre) _____ |
| 15 | Ha recibido ayuda de alguna institución   | No | Sí |                           |
|    |   | 3  | 0  | <input type="text"/>      |

| VALORACIÓN DEL RIESGO: |                  |
|------------------------|------------------|
| RIESGO LEVE            | Del 0 al 14 (*)  |
| RIESGO MODERADO        | Del 15 al 28 (*) |
| RIESGO SEVERO          | Del 29 al 42 (*) |

TOTAL

RIESGO LEVE RIESGO MODERADO RIESGO SEVERO 

## ACCIONES DEL OPERADOR/A:

1.1. Comunicó o remitió de inmediato al Juzgado correspondiente mediante documento para que emita la medida de protección: Sí ( ) NO ( )

1.2. El operador/a policial derivó a mediante documento escrito a:

Centro Emergencia Mujer \_\_\_\_\_ Sí NO  
 UIT \_\_\_\_\_ Sí NO  
 FISCALÍA DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Sí NO  
 Otra institución \_\_\_\_\_ Sí NO  
 Se acompañó \_\_\_\_\_ Sí NO

FIRMA DEL/LA OPERADOR/A: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL/A ACOMPAÑANTE (opcional) : \_\_\_\_\_ Huella del NNA: (opcional) \_\_\_\_\_

(\*) Conforme a lo estipulado en la Ley 29733 sobre Protección de datos personales, deberá contarse con el consentimiento expreso e inequívoco de/a titular de los datos para compartir la información entre entidades públicas con fines de registro. Así mismo, el Art. 4 de esta Ley establece como excepción el tratamiento de datos personales en tanto sea necesario para el cumplimiento de competencias asignadas por ley a las entidades públicas y que tengan por objeto el desarrollo de actividades en materia penal para la investigación.

## FICHA "VALORACIÓN DE RIESGO" EN PERSONAS ADULTAS MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR

|   |  |   |
|---|--|---|
| APELLIDOS Y NOMBRE DE EL/LA OPERADOR/A: _____   |  | FECHA: _____  |
| INSTITUCIÓN (Comisaría, Ministerio Público, Poder Judicial): _____  |  | DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____  |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA VÍCTIMA: _____   |  | EDAD DE LA VÍCTIMA: _____   |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI <input type="radio"/> CARNET DE EXTRANJERÍA <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/> NINGUNO <input type="radio"/> |  | N° DE HIJOS/AS: _____   |
| SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input type="radio"/>  |  | LENGUA MATERNA: CASTELLANO <input type="radio"/> QUECHUA <input type="radio"/> AYMARA <input type="radio"/> |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN: SUPERIOR <input type="radio"/> SECUNDARIA <input type="radio"/> PRIMARIA <input type="radio"/> ANALFABETO/A <input type="radio"/> |  | OTROS, especifique: _____   |
| LA VÍCTIMA ESTÁ EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>   |  | LENGUA DE SEÑAS (Ley 29535): SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>                              |
| TIPO DE DISCAPACIDAD: FÍSICA <input type="radio"/> MENTAL <input type="radio"/>   |  | LENGUA EXTRANJERA, especifique: _____   |
| CUENTA CON VIVIENDA PROPIA <input type="radio"/> ALQUILADA <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/>  |  | IDENTIDAD ÉTNICA, especifique: _____  |
| ESPECIFICAR _____   |  | CUENTA CON SEGURO DE SALUD SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>                                |
|   |  | BENEFICIARIA/O DE PROGRAMA SOCIAL SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>                         |
|   |  | SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O GRAVE: SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>                  |
|   |  | ESPECIFIQUE: _____  |

**INSTRUCCIÓN:** La presente ficha es para ser aplicada a personas adultas mayores que son víctimas de violencia por parte de algún integrante de su grupo familiar, con el objetivo de valorar el riesgo y adaptar las medidas de protección correspondientes (No incluye violencia de pareja). Puede ser aplicada a una tercera persona en caso que el primero no esté en condiciones de hacerlo.

Para su llenado, el/la operador/a marcará cada ítem según lo referido por la persona adulta mayor.

| I. VULNERABILIDAD (INDEPENDENCIA Y AUTONOMÍA ECONÓMICA)                                       |                |                 |                                 |                         |         | PUNTAJE |
|---|----------------|-----------------|---------------------------------|-------------------------|---------|---------|
| 1. Indique el grupo de edad   | 60-69 años     | 70-79 años      | 80 a más                        |                         |         |         |
|   | 1              | 2               | 3                               |                         |         |         |
| 2. Tiene dificultad para:   | ver            | escuchar        | caminar                         | Comunicarse verbalmente | Ninguna |         |
|   | 1              | 1               | 1                               | 1                       | 0       |         |
| 3. Para desplazarse usa frecuentemente  | Bastón/andador | Silla de ruedas | Postrado/a                      | Ninguna                 |         |         |
|   | 1              | 2               | 3                               | 0                       |         |         |
| 4. ¿Vive solo?  | Sí             | No              |                                 |                         |         |         |
|   | 1              | 0               |                                 |                         |         |         |
| 5. ¿Usted es responsable del cuidado de otra persona?   | Sí             | No              |                                 |                         |         |         |
|   | 1              | 0               |                                 |                         |         |         |
| 6. ¿Tiene ingresos propios?   | Sí             | No              |                                 |                         |         |         |
|   | 0              | 1               |                                 |                         |         |         |
| 7. ¿Necesita la ayuda de una persona para realizar sus actividades básicas de la vida diaria? | Sí             | No              |                                 |                         |         |         |
|   | 1              | 0               |                                 |                         |         |         |
| 8. Si su respuesta fue sí ¿Cuenta con una persona que pueda apoyarlo?                         | Sí             | No              | ¿Cuál es su relación o vínculo? |                         |         |         |
|   | 0              | 1               | _____                           |                         |         |         |
| 9. ¿Está preocupado/a o teme que algo malo le va a pasar?                                     | Sí             | No              | ¿Indique que?                   |                         |         |         |
|   | 1              | 0               | _____                           |                         |         |         |

| II.- DINÁMICA FAMILIAR DISFUNCIONAL                              |       |          |            |  |
|--|-------|----------|------------|--|
| 10. ¿Cuántas personas lo/la agreden en su casa?                  | Una   | Dos      | Tres o más | Especificar vínculo con la persona agresora: _____ |
|  | 1     | 2        | 3          |  |
| 11. ¿Esa/s persona/s vive/n con usted?                           | Sí    | No       |            |  |
|  | 1     | 0        |            |  |
| 12. ¿La persona que lo/la agrede consume drogas o alcohol?       | Ambas | Solo una |            |  |
|  | 2     | 1        |            |  |
| 13. ¿La persona que lo/la agrede sufre alguna enfermedad mental? | Sí    | No       |            |  |
|  | 2     | 0        |            |  |
| 14. ¿En su familia existen conflictos y peleas frecuentes?       | Sí    | No       |            |  |
|  | 1     | 0        |            |  |
| 15. ¿En su familia existen problemas económicos?                 | Sí    | No       |            |  |
|  | 1     | 0        |            |  |
| 16. ¿Sus familiares dependen económicamente de usted?.           | Sí    | No       |            |  |
|  | 1     | 0        |            |  |

| III. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA                                     |         |         |       |
|--|---------|---------|-------|
| La persona que lo/la agrede...   |         |         |       |
| 17.- ¿Lo/la golpea y maltrata físicamente?                               | Siempre | A veces | Nunca |
|  | 2       | 1       | 0     |
| 18. ¿Lo/la insulta o se burla de usted frecuentemente?                   | Siempre | A veces | Nunca |
|  | 2       | 1       | 0     |
| 19. ¿Lo/la amenaza con abandonarlo, echarlo de casa o mandarlo al asilo? | Siempre | A veces | Nunca |
|  | 2       | 1       | 0     |

|  |              |              |            |  |
|--|--------------|--------------|------------|--|
| 20. ¿Le permite desplazarse libremente y salir de su casa si usted lo desea? | Siempre<br>0 | A veces<br>1 | Nunca<br>2 |  |
| 21. ¿Lo/a sobrecarga de labores domésticas o lo explota?                     | Siempre<br>2 | A veces<br>1 | Nunca<br>0 |  |
| 22. ¿Le habla y le toma en cuenta?   | Siempre<br>0 | A veces<br>1 | Nunca<br>2 |  |
| 23. ¿Le quita su dinero?   | Si<br>1      | No<br>0      |            |  |
| 24. ¿Le ha falsificado su firma para beneficio personal?                     | Si<br>1      | No<br>0      |            |  |
| 25. ¿Le ha quitado sus propiedades y/o negocio?                              | Si<br>1      | No<br>0      |            |  |
| 26. ¿En el último año, las agresiones han sido más frecuentes que antes?     | Si<br>1      | No<br>0      |            |  |

TOTAL :

CALIFICACION:

| Puntaje           | Categoría  |
|-------------------|--|
| De 0 a 17 puntos  | Riesgo leve de continuidad o agravamiento de la violencia.     |
| De 18 a 29 puntos | Riesgo moderado de continuidad o agravamiento de la violencia. |
| De 30 a 43        | Riesgo severo de continuidad o agravamiento de la violencia.   |

RIESGO LEVE

RIESGO MODERADO

RIESGO SEVERO

**OBSERVACIONES DE INTERÉS:**FIRMA Y SELLO DEL/LA  
OPERADOR/A:

---

FIRMA DE LA VÍCTIMA:

HUELLA DIGITAL

Remitir la ficha junto con el expediente técnico al juzgado correspondiente, para que emitan las medidas de protección pertinentes.