



Ministerio de
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**

**GOBIERNO
NACIONAL**



FORMULARIO DE REGISTRO Y ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y BASADA EN EL GÉNERO (VBG)



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Dirección General de Programas de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social



Formulario de Registro y atención a víctimas de violencia intrafamiliar y basada en el género (VBG)

HISTORIA CLÍNICA N°.....

A. INFORMACIÓN GENERAL. Escriba a mano o a máquina cada un de los datos que solicita el formato.		
Apellido (s) y Nombre (s) del paciente:		C.I.:
Fecha de Nacimiento: Edad referida: Domicilio: Localidad:	Teléfono: Departamento:	Sexo: Identidad de género:
Nombre y apellido del acompañante y relación con la víctima: C.I.: Apellido (s) y Nombre (s): Fecha de nacimiento: Edad referida: Relación con la víctima: Domicilio: Teléfono: Localidad: Departamento:		Idioma: Guaraní - Español Ambos: Lengua: Etnia:
Fecha del examen (D / M / A):		Hora:

A.1 NOTIFICACIÓN DEL CASO:		
Lugar de los hechos:	Fecha de los hechos Examen: / /	Hora de los hechos AM () PM () Tiempo transcurrido del incidente
Institución de salud en la que se realiza el Examen:	Servicio / Consulta:	Región Sanitaria:
Profesional responsable del informe:	Firma y Sello:	Fecha de notificación (día, mes, año):

A.2 INFORME:		
Informe telefónico a la Policía: SI () NO ()	Nombre de quien recibe la información: C.I.:	
Informe telefónico al Ministerio Público: SI () NO ()	Nombre de quien recibe la información: C.I.: Reportado por: Fecha: Hora:	
N° de Oficio o Nota:	Fiscal o Juez:	Jurisdicción:



B. RECUENTO DEL PACIENTE: Anote lo referido por el examinado o su acompañante.		
Presunto agresor/a:		
Nombre y apellido:		Conocido: Desconocido:
Sexo M () F () Identidad de género: ()	Número de agresores	Relación con la víctima:
Métodos empleados por el agresor/a: Amenazas () Ataduras () Armas () Golpes físicos () Quemaduras () Otras ()	Tipos de armas Arma de fuego () Cortante () Punzante () Corto punzante () Otras ()	
El agresor/a se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes: SI () NO () No sabe ()	El agresor resultó lesionado en los hechos SI () NO () No sabe ()	Si resultó lesionado describa el área del cuerpo afectada:

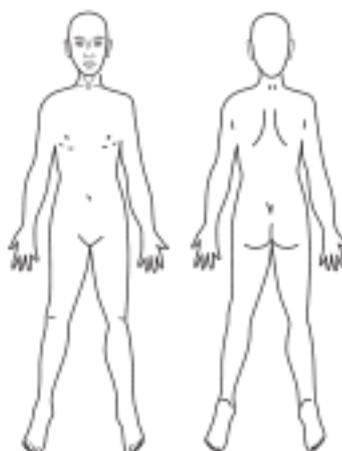
**C. EXAMEN FÍSICO
INDICADORES DE VIOLENCIA FÍSICA**

1	Hematomas (rostro, labios, boca, torso, espalda, muslos, cuello, otros)
2	Fracturas (cráneo, nariz, mandíbula, otros)
3	Quemaduras por cigarrillos manos, pies, otros
4	Quemaduras por cuerda en: piernas, cuello, torso, otros.
5	Quemaduras por objetos con señales definidas.
6	Heridas, cortes y/o pinchazos, mordeduras humanas.
7	Arañazos, lesión de órganos internos.
8	Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar, infectadas)
9	Perforación del oído
10	Problemas dentales: lesiones en tejidos blandos del área de la boca.



ZONA DE LESIÓN

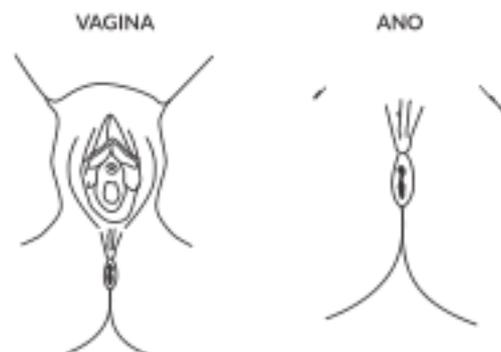
	SI	NO	NA
Cabeza			
Cara			
Cuello			
Cavidad oral			
Tórax			
Senos			
Abdomen			
Espalda			
Región Glútea			
Extremidades			
Zona subungueal			





INDICADORES SEXUALES

1	Hematomas y/o heridas en la parte interior del muslo
2	Sangrado anal y/o genital
3	Fisuras anales
4	Dolor en genitales
5	Contusiones / hematomas en: monte de venus, vulva y mamas
6	Traumatismos en la vulva



.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTES. Antecedentes sexuales.		
Otras relaciones en las últimas 48 horas. SI () NO ()	En caso afirmativo Vaginal: SI () NO () ¿Cuándo? Anal: SI () NO () ¿Cuándo? Oral: SI () NO () ¿Cuándo?	
¿Hubo eyaculación? SI () NO () En caso afirmativo ¿Dónde?	¿Se usó condón? SI () NO ()	
Penetración del pene en: Cavidad oral () Vaginal () Anal () No sabe () No aplica ()	Penetración de objeto diferente al pene en: Vagina () Ano () Boca () No sabe () No aplica ()	Eyaculación en: SI () No () No sabe ()
Sitio de eyaculación: Cavidad oral () Vaginal () Anal () No sabe () Otros ()	¿Utilizó condón? SI () No () No sabe ()	Uso de lubricantes SI () No () No sabe () No aplica ()
Otras maniobras Besos () Succiones () Mordeduras () Tocamientos () Otra () Describa:.....	Utilización de alcohol o drogas SI () No () No sabe () Describe:.....	
Recibió tratamiento previo a este examen ¿Cuál?	SI () NO ()	



D. ACTIVIDADES POSTERIORES A LOS HECHOS (NO APLICA SI PASARON MAS DE 72 HORAS)

Orinó SI () NO ()	Defecó SI () NO ()	Ducha vaginal SI () NO ()	Baño, ducha, lavado corporal SI () NO ()	Vomitó SI () NO ()	Ingirió alimentos o bebidas SI () NO ()	Lavado de dientes SI () NO ()	Usó enjuague bucal SI () NO ()
Se cambió de ropa SI () NO ()		Insertó o retiró tampón o diafragma SI () NO ()		Otros () Describa			

DESCRIPCIÓN DE PRENDAS

¿Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos? SI () NO ()	¿Las trae al examen? SI () NO ()	¿Dónde se encuentran?
Se dejan para estudio SI () NO ()	Observaciones	

E. EXAMEN GENITAL

Examen genital: establecer la presencia (o ausencia) de lesiones; recuperar evidencia, evaluar caracteres sexuales secundarios en caso de menores de edad; valorar signos clínicos de embarazo y/o infección de transmisión sexual.

Genitales externos femeninos: Posición para el examen.
Supina () Prona () Lateral () Otra ()

¿Cuál?: Región púbica, Labios mayores, Labios menores, horquilla vulvar, clítoris, meato urinario, vagina, periné, región inguinal.

Describe:.....
.....
.....

Himen (forma, integridad, elasticidad)

Forma del himen: Anular () Imperforado () Semilunar ()
Cribiforme () Festoneado () Coraliforme () Rudimentario ()
Tabicado () Carúnculas Mirtiformes ()

Estado del himen:

Íntegro no elástico () Íntegro elástico () Desgarrado ()
Desgarro reciente () Desgarro antiguo ()

Descripción bordes y desgarros himeneales (utilizar nomenclatura de manecillas del reloj)



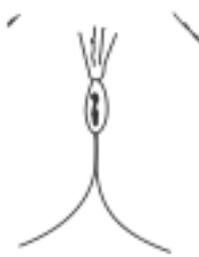
Genitales externos masculinos:

¿Cuál?: Bolsa escrotal (bilateralmente), Pene y prepucio, Frenillo, Surco balanoprepucial, Glande, Meato urinario

Describe:.....
.....
.....





<p>Examen anal y perianal</p> <p>Posición para el examen: ¿Cuál?</p> <p>Descripción de lesiones: Fisuras, edema, borramiento de pliegues, desgarros Forma y tono</p>	
<p>Signos de ITS SI () NO () En caso afirmativo describa</p> <p>Toma de muestras SI () NO () Describa:</p>	

Descripción: seguir la indicación del instructivo para la recolección y embalaje de prendas, utilizando formato de cadena de Custodia si se dejan para estudio.

Recolección de evidencias físicas; SI () NO ()

¿Cuál/es:

.....

.....

.....

.....

F. EXAMEN PSICOLOGICO

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA

1	Falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo
2	Mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia.
3	Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)
4	Temblor o sacudidas
5	Sudoración
6	Sofocación
7	Nauseas o molestias abdominales
8	Despersonalización o desrealización
9	Adormecimiento o sensación de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestesia)
10	Escalofríos
11	Dolor o molestia precordiales
12	Miedo a morir
13	Miedo a volverse loca o perder el control
14	Poco apetito o voracidad
15	Hipervigilancia

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

1	Insomnio o hipersomnía
2	Pérdida de energía o fatiga
3	Disminución de la autoestima
4	Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
5	Sentimientos de desesperanza
6	Escasas relaciones sociales (con flia. y/o amigos)
7	Verbalizaciones negativas, engañosas y/o incoherente
8	Poco comunicativa
9	Sentimientos de culpa
10	Manifestaciones somáticas
11	Intentos de suicidios
12	Alto índice de tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico
13	Dificultad para resolver problemas
14	Escasas habilidades sociales



Valoración neurológica conductual

Se realiza examen clínico para determinar embriaguez SI () NO ()

Olores asociados: Aliento alcohólico Negativo () Discreto () Evidente () Dudoso () Otros ()

Describe

Se recolecta muestra: Sangre SI () NO () Orina SI () NO ()

Alcoholemia () Psicofármacos () Estupefacientes () Otros ()

Durante los hechos resultó lesionado/a físico y/o psicológico la víctima SI () NO ()

Si presenta lesiones describalas en el examen físico por área corporal (puede ayudarse de los esquemas adjuntos)

G. DIAGNÓSTICO - Codificación según CIE - 10

1).....

2).....

3).....

Exámenes complementarios (sangre, orina, tomografía, radiografía, otros)

1).....

2).....

3).....

H. TRATAMIENTO

Prevención de embarazo	Si	No	Despistaje de ITS's	Si	No
HIV (Prevención)	Si	No	Vacunación	Si	No
Terapéutica			Antibiótica o de otro tipo	Si	No

Describe:

Interconsulta, remisión, otras recomendaciones:

I. NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL MÉDICO/A QUE REALIZA EL EXAMEN

NOMBRE Y APELLIDO :	FIRMA Y REGISTRO:
---------------------	-------------------

LUGAR:	FECHA:	HORA:
--------	--------	-------