



Herramienta de detección

Fecha y hora de aplicación:			
Nombre completo:		Edad:	Fecha de nacimiento:
Sexo :	Servicio:		No. De expediente/cama:
Prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección			
Nombre :	Profesión:		Servicio:

Violencia psicológica

Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:

a. ¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Si	¿Quién lo hizo?	No
b. ¿Le ha menospreciado o humillado?	Si	¿Quién lo hizo?	No
c. ¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si	¿Quién lo hizo?	No

Sospecha.

Anote indicadores de sospecha:

Violencia física

Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:

a. ¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas u otras lesiones?	Si	¿Quién lo hizo?	No
b. ¿Le ha tratado de ahorcar?	Si	¿Quién lo hizo?	No
c. ¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si	¿Quién lo hizo?	No

Sospecha.

Anote indicadores de sospecha:

Violencia sexual

Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:

a. ¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Si	¿Quién lo hizo?	No
b. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Si	¿Quién lo hizo?	No
c. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Si	¿Quién lo hizo?	No
d. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Si	¿Quién lo hizo?	No

Sospecha.

Anote indicadores de sospecha:

HDV-01P

Si él o la usuaria responde afirmativamente más de una de las preguntas de la sección 1 o a cualquiera de las preguntas de las secciones 2 y 3 está viviendo en situación de violencia.

Paciente niega indicadores de riesgo []

Nombre y firma de la usuaria: