

ANEXO II

FORMULARIO ÚNICO DE DENUNCIA POR VIOLENCIA DE GÉNERO

INSTRUCCIONES BÁSICAS

- Aunque no es necesario contestar todas las preguntas, intente incorporar la mayor información posible.
- Una vez completado este formulario, deberá ser remitido por dos vías en simultaneidad, una judicial, a la autoridad competente, y otra proteccional asistencial, mediante la vía estipulada en cada jurisdicción (por ej., el correo electrónico habilitado a tal efecto). Si el formulario se completa en formato papel, una copia debe quedar en el organismo que recibe la solicitud. Se deberá facilitar a la persona denunciante una copia del formulario (puede tomar una foto).
- Si la víctima aporta documentación personal de ella y de su/s hijos/as, certificado médico, denuncias anteriores u otros documentos de interés, serán unidos como anexos de la presente solicitud.
- Datos de identidad: respecto de las personas que hubieren adoptado un nombre de pila distinto al que figure en su documento, se consignará el apellido completo, las iniciales del nombre que figure en el DNI y el nombre de pila elegido por razones de identidad de género (conf. Art. 12 Ley 26.743).

I. Datos del organismo actuante

Fecha:/...../.....	Hora:
Localidad/pcia.:	
Dependencia receptora:	
Tel:	
Sumario n°:	
Nombre y cargo de quien recibe la denuncia:	
¿Intervino organismo de acompañamiento a víctimas?	No – Sí – ¿Cuál?.....

II. Organismo al que se dará intervención (marcar y especificar lo que corresponda)

Juzgado de Género y Protección Int. de Menores	
Juzgado de paz/familia/civil:	
Juzgado de garantías /Nac. Crim. y Corr./ Federal:	
Fiscalía/ UFI N°:	

III. Datos de la Víctima/Denunciante.

Apellido/s:					
Nombre/s:					
Doc. de identidad (tipo y n°):	Exhibe: No – Sí –				
DNI Sustraído/Destruído por la persona denunciada:	No – Sí –				
Género:	F	M	Cis	Trans	Otro
Nacionalidad:					
Fecha y lugar de nacimiento:					
Estado civil:					
N° propio:					
Llamado: No – Sí –	Horario:				
Mensaje texto o WhatsApp: No – Sí –	Horario:				
Correo electrónico: No – Sí –	Dirección de mail:				
N° alternativo:	De quién es:				
Llamado: No – Sí –	Horario:				

Mensaje texto o WhatsApp: No – Sí –	Horario:				
¿Pide reserva de identidad? No – Sí –	Motivo:				
N° propio:					
Llamado: No – Sí –	Horario:				
Nivel de Estudios	¿Completo? No – Sí –				
Ocupación	No – Sí – ¿cuál?				
Realiza alguna actividad por la que recibe dinero	No – Sí – ¿cuál?				
Aportes Jubilatorios	No – Sí – ¿cuál?				
Percibe programa o prestación estatal	No – Sí –	AUH	Potenciar Trabajo	Prog. Nac.	Prog. Prov.
		Pensión Madre 7 H.	Pensión Discap.	Pensión Viudez	
Nivel de Instrucción	Prim.	Sec.	Terc.	Univ.	Ninguno
	Indique: Completo.		Incompleto.	En curso.	
Domicilio actual*:					
Calle:					
Piso/depto.:					
Barrio:					
Localidad:					
Pcia.:					
¿Debió salir de su domicilio por la situación de violencia? No – Sí –					
Precisar que domicilio que debió					

abandonar*:	
Calle:	
Piso/depto.:	
Barrio:	
Localidad:	
Pcia.:	

* En caso de domicilio de difícil acceso o identificación, adjuntar croquis con referencias.

Otros datos de la persona denunciante:

Salud:		
Enfermedad crónica o terminal		
Enfermedad o padecimiento de largo tratamiento		
Problemática de salud mental		
Embarazo	No	sí, en curso sí, reciente
Cobertura de salud:		Obra social/mutual/prepaga. ¿Cuál?
Estado Anímico:		
Agitación	Ansiedad	Resistencia a dar información
Desgano	Ira	Retraimiento
Apatía	Culpa	Sensación de Persecución
Dificultad para expresarse	Vergüenza	Sorpresa Desborde anímico
Angustia	Inseguridad	Sorpresa
Indecisión	Miedo	Nervios
Consumo problemático:		
Drogas:		
Alcohol:		

Psicofármacos:	
Psicofármacos recetados:	No – Sí –
En caso de si, ¿cuáles?	
Medicación por afecciones	No – Sí –
Suicidio:	
Ideación suicida:	
Planificación:	
Intento de suicidio:	
Salud sexual y reproductiva:	
Anticoncepción Oral	
DIU	
Profilácticos	
Lisis tubaria (ligadura de trompas)	
Anticoncepción hormonal inyectable	
Ninguno ¿Por qué?	
Interseccionalidad:	
¿Pertenece a comunidad de pueblos originarios?	
¿Es migrante?	
¿Es desplazado/a o migrante forzoso?	
¿Lengua materna?	
¿Necesita intérprete?	
En caso de que necesite intérprete, ¿cuál?:	
¿Necesita interprete lengua de señas?	
Otros datos:	
¿Tiene abogado/a:?	
Apellido, nombre y contacto	

¿Está en trámite de separación o divorcio?	
¿Depende económicamente del agresor?	
¿Está siendo obligada a ejercer la prostitución? *	
¿hubo intento de femicidio, travesticidio, transfemicidio?	No – Sí –
¿tuvo intentos de suicidio?	No – Sí –
¿Tiene alguna discapacidad?	
¿Se encuentra en tratamiento psicológico/psiquiátrico?	
Datos del/de la profesional (nombre y teléfono de contacto)	
¿Lo/la releva del secreto profesional?	

*** En caso afirmativo, activar protocolo de toma de denuncias en caso de trata de personas. Resolución 635/2018 Min Seg.**

¿Si la víctima desea abandonar su domicilio, tiene donde alojarse?: No – Sí –	
Indique dónde:	

En caso que necesite abandonar el domicilio y no tenga dónde alojarse, será necesario realizar una consulta al 3804640054 (Línea de Emergencias Sec. Mujer y Diversidad) para facilitar información sobre refugios.

*Medio y horario al que se la pueda contactar de forma segura (intente dejar más de un teléfono de contacto, puede ser propio o de otra persona de confianza.) ***Indicar si comparte teléfono con la persona denunciada.***

***La reserva de identidad sólo puede ser invocada para iniciar una causa penal, pero no para solicitar medidas de protección. En ese caso, las medidas de protección que se adopten serán notificadas al denunciado.**

Condiciones de Vida/Vivienda

Casa/departamento	
Precaria (casilla, rancho, móvil, etc.).	
Pieza, Inquilinato, Pensión u Hotel	

Piso/depto.:	
Barrio:	
Localidad:	
Pcia.:	
Teléfono	
Mail	
Representa a una institución:	¿cuál?:
Cargo	
¿Pide reserva de su identidad?	No – Sí – Motivo:

V. Datos de la persona denunciada / agresor

Apellido/s:	
Nombre/s:	
Doc. de identidad (tipo y n°):	Exhibe: No – Sí –
Género:	
Nacionalidad:	
Fecha de nacimiento:	
Estado civil:	
Ocupación:	No – Sí – ¿cuál?:.....
¿dónde trabaja?	
¿Sale a trabajar actualmente?	
Domicilio laboral:	
¿Recibe ayuda social?	No – Sí – ¿cuál?:
Ingresos aproximados totales	(mensual): \$
Cobertura de salud:	Obra social/mutual/prepaga. ¿Cuál?:.....
Domicilio actual*:	

Calle:	
Piso/depto.:	
Barrio:	
Localidad:	
Pcia.:	
Precisar domicilio que debió abandonar*:	
Calle:	
Piso/depto.:	
Barrio:	
Localidad:	
Pcia.:	

*Domicilio actual (En caso de domicilio de difícil acceso o identificación, adjuntar croquis con referencias):

Otros datos de la persona denunciada:

Es funcionario público:	No – Sí –
¿Pertenece o perteneció a fuerzas armadas/seguridad o policial/servicio penitenciario/ servicio de seguridad privada?	¿Cuál?:
¿Posee armas de fuego?	
Si posee armas ¿En qué lugar se encuentran?	
Si no posee ¿Tiene acceso a armas de fuego?	
¿Tiene antecedentes penales o causas en trámite?	
¿Por qué delito (incluir datos que conozca sobre la causa)	
¿Tiene o tuvo comportamientos violentos con otras personas?	
¿La amenazó a Ud., a sus hijos/as, o ha amenazado con	

suicidarse?	
¿Realiza tratamiento psiquiátrico o tiene diagnosticada enfermedad mental?	
¿Tiene problemas de adicciones?	¿Cuál?
¿Pertenece a una comunidad de pueblos originarios?	
¿Es migrante?:	
¿Es desplazado/a o migrante forzoso?	
Lengua materna:	
¿Necesita intérprete?	
En caso de que necesite, ¿cuál?	
¿Necesita interprete lengua de señas?	

VI. Vínculo con la persona denunciada / antecedentes

¿Qué vínculo tiene con la persona denunciada?	
¿cuánto tiempo duró la relación?	
¿Convive con el agresor?	
¿Tiene hijos/as menores de edad con el denunciado?	
¿La denunció antes?	
¿Existen denuncias no ratificadas? <i>Teniendo en cuenta de que las denuncias hechas por la propia víctima no deben ser ratificadas.</i>	Motivos:

Datos de la denuncia anterior (completar toda la información que la denunciante recuerde):

Fecha:..... /...../.....	
Juzgado interviniente	
Fiscalía/UFI interviniente	

Económico/Patrimonial						
Sexual						
Ambiental						
Simbólica						
Ocurre en la actualidad:	No – Sí –					
Aumento de intensidad en el último mes	No – Sí –					
Percepción de peligro de muerte en el último mes	No – Sí –					
Convivencia actual con la persona agresora	No – Sí –					
Violencia en presencia de hijos/hijas	No – Sí –					

Modalidad de Violencia

Doméstica	
Laboral	
Institucional	
Vinculada a grupos delictivos	
Política	
Contra la Libertad Reproductiva	
Obstétrica	
Mediática	
Otra	

IX. Otros datos de interés para complementar la denuncia

Atención médica por hechos de violencia

¿Asistió a algún centro de salud/profesional de la salud por los hechos aquí denunciados?	No – Sí –
¿Cuál?	

Fecha:..... /...../.....		
En caso afirmativo, consultar si cuenta con algún informe médico de la atención recibida para adjuntar a la denuncia.		
¿Asistió a algún centro de salud/profesional de la salud por hechos de violencia anteriores cometidos por la misma persona?		No – Sí –
¿Cuál?		
Fecha:..... /...../.....		
Efectos en la salud física:		
Aborto provocado por el agresor		Desgarros
		Depresión
Malformación fetal		Pérdidas de órganos
		Hematomas
Discapacidad		Cicatrices
		Otros
VIH		ITS
Quemaduras		Embarazo no deseado
Fracturas		Infertilidad

Grupo conviviente (se refiere a quienes viven bajo el mismo techo, sean parientes o no)

Nombre y Apellido	Edad	Vínculo con la persona Denunciante	¿hijos en común con la persona denunciada?	¿sufre violencia directa?	¿es testigo de las violencias?
¿del grupo conviviente hay otras personas a su cargo?					

Testigos de los hechos

Son testigos las personas que presenciaron hechos de violencia, pero también aquellas que no estaban presentes, pero escucharon gritos o pedidos de auxilio; también pueden ser personas a quienes les contó lo que ocurrió, o que supieron o sospecharon que existía violencia, por ejemplo, por contacto con los hijos (por ej., Maestras, personal de salud, etc.)

Si existen testigos, identificarlos:

1. Nombre y apellido:	
Vínculo:	
Domicilio	
Teléfono	
2. Nombre y apellido:	
Vínculo:	
Domicilio	
Teléfono	
3. Nombre y apellido:	
Vínculo:	
Domicilio	
Teléfono	

(Se puede ampliar en hoja complementaria)

Medidas que solicita (marque con una cruz)

Exclusión del hogar del agresor	<input type="checkbox"/>	Reingreso al hogar	<input type="checkbox"/>
Prohibición de contacto y acercamiento a ud	<input type="checkbox"/>	Prohibición de contacto y acercamiento a sus hijos/as.	<input type="checkbox"/>
Cese de los actos de perturbación o intimidación directa o indirecta (mensajes a celulares, correos electrónicos, llamados telefónicos intimidatorios/perturbatorios a las víctimas directas o indirectas y a su familia):	<input type="checkbox"/>	Restitución de efectos personales de la víctima	<input type="checkbox"/>
Asistencia legal, médica y/o psicológica	<input type="checkbox"/>	Ingresar a un refugio	<input type="checkbox"/>
Botón antipánico / Dispositivo Dual	<input type="checkbox"/>	Tobillera electrónica para el agresor	<input type="checkbox"/>
Custodia policial	<input type="checkbox"/>	Secuestro de armas de fuego, prohibición de tener o de comprar	<input type="checkbox"/>

		armas	
Acompañamiento policial para cambiar domicilio		Tenencia exclusiva de los/as hijos/as en común	
Cuota de alimentos para los/as hijos/as en común		Reintegro de hija/s, hijo/s	

Otras medidas:

Domicilio al que quiere reingresar

Reserva del domicilio.....

*La reserva del domicilio significa que solamente el juzgado conocerá el domicilio que ud. Brinde, pero no la persona denunciada ni otras personas con acceso al expediente, como el/la abogado/a del denunciado.

*fin del instructivo. (adjuntar anexos)

Firma de la persona denunciante
denuncia:

Firma, aclaración, cargo/función de quien recibe la