



Programa Asesoría Legal Social

DATOS GENERALES DENUNCIANTE.

Nombre: _____
Edad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Estado Civil _____ . N° Hijos: _____ Identidad _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Lugar de Trabajo: _____
Nombre de los Hijos: _____

DATOS GENERALES DEL DENUNCIADO:

Nombre: _____
Edad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Estado Civil _____ . N° Hijos: _____ Identidad _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Lugar de Trabajo: _____

TIPO DE VIOLENCIA:

Violencia Física:.....().
Violencia Psicológica:.....().
Violencia Económica/Patrimonial.....().
Violencia Sexual:..... ().
Otros:..... ()

Breve Descripción del Caso: _____

Remitido. _____
Puerto Cortés _____ de _____ 20 _____.

Asesor (a) Legal



DEPARTAMENTO MUNICIPAL
PROGRAMAS SOCIALES
MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y ACCIÓN SOCIAL

Programa Asesoría Legal Social

DATOS GENERALES DENUNCIANTE.

Nombre: _____
Edad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Estado Civil _____ . N° Hijos: _____ Identidad _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Lugar de Trabajo: _____
Nombre de los Hijos: _____

DATOS GENERALES DEL DENUNCIADO:

Nombre: _____
Edad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Estado Civil _____ . N° Hijos: _____ Identidad _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Lugar de Trabajo: _____

Breve Descripción del Caso: _____

Remitido: _____
Puerto Cortés _____ de _____ 20_____.

Asesor (a) Legal

**OBSERVATORIO MUNICIPAL DE SEGURIDAD CIUDADANA Y CONVIVENCIA EN HONDURAS
FICHA PARA VIOLENCIA DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR**

0. CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="text"/>									
1. FECHA DE LOS HECHOS <input type="text"/>			2. HORA DE LOS HECHOS HORA 24 HORAS <input type="text"/>			3. DÍA DE LA SEMANA <input type="text"/>		TIPO DE VIOLENCIA Doméstica <input type="checkbox"/> Intrafamiliar <input type="checkbox"/>	

4. DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DE LOS HECHOS									
4.1. DEPARTAMENTO <input type="text"/>			4.3. ZONA DEL HECHO 1. Zona urbana <input type="checkbox"/> 2. Zona rural <input type="checkbox"/>		4.4. RESIDENCIAL/ LOTIFICACIÓN/ BARRIO/ COLONIA <input type="text"/>			4.5. ALDEA <input type="text"/>	
4.2. MUNICIPIO <input type="text"/>			4.6. CASERIO <input type="text"/>		4.7. DIRECCIÓN <input type="text"/>				

5. COORDENADAS GPS: <input type="text"/>					6. CLASE DE LUGAR DE HECHOS				
					1. LUGAR DE HABITACIÓN <input type="checkbox"/>				
					2. ESPACIO / VÍA PÚBLICA <input type="checkbox"/>				
					3. CENTROS DE TRABAJO <input type="checkbox"/>				
					98. OTRO LUGAR Cual? <input type="text"/>				

DATOS DE LA VÍCTIMA					10. NIVEL DE ESCOLARIDAD:				
7. EDAD: <input type="text"/>			9. ESTADO CIVIL:		1. Prebásica <input type="checkbox"/>				
8. EDAD MEDIDA EN: 1. Años <input type="checkbox"/> 2. Meses <input type="checkbox"/> 3. Días <input type="checkbox"/> 5. No establecida <input type="checkbox"/>			1. Soltero (a) <input type="checkbox"/> 5. Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 2. Casado (a) <input type="checkbox"/> 6. Viudo (a) <input type="checkbox"/> 3. Unión Libre <input type="checkbox"/> 97. No Aplica <input type="checkbox"/> 4. Separado(a) <input type="checkbox"/> 99. Sin Dato <input type="checkbox"/>		2. Básica (1er a 9) <input type="checkbox"/>				
11. SEXO 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> 3. Sin Determinar <input type="checkbox"/>					12. DISCAPACIDAD FÍSICA/MENTAL 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>				
13. NÚMERO DE HIJOS DE LA VÍCTIMA: <input type="text"/>					14. SITUACIÓN DE EMBARAZO: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 97. NA <input type="checkbox"/>				
15. TRABAJO REMUNERADO: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 97. NA <input type="checkbox"/>									

16.1. ZONA RES. 1. Zona urbana <input type="checkbox"/> 2. Zona rural <input type="checkbox"/>			16.2. DEPARTAMENTO <input type="text"/>		16.3. MUNICIPIO <input type="text"/>		16.4. RESIDENCIAL/ LOTIFICACIÓN/ BARRIO/ COLONIA <input type="text"/>			16.5. ALDEA <input type="text"/>	
			16.6. CASERIO <input type="text"/>		16.7. DIRECCIÓN <input type="text"/>						

DATOS DEL PRESUNTO AGRESOR:									
17. EDAD: <input type="text"/>			9. ESTADO CIVIL:		20. NIVEL DE ESCOLARIDAD:				
18. EDAD MEDIDA EN: 1. Años <input type="checkbox"/> 5. No establecida <input type="checkbox"/>			1. Soltero (a) <input type="checkbox"/> 5. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado (a) <input type="checkbox"/> 6. Viudo(a) <input type="checkbox"/> 3. Unión Libre <input type="checkbox"/> 97. No Aplica <input type="checkbox"/> 4. Separado(a) <input type="checkbox"/> 99. Sin Dato <input type="checkbox"/>		1. Prebásica <input type="checkbox"/>				
21. SEXO 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> 3. Sin Determinar <input type="checkbox"/>					22. DISCAPACIDAD MENTAL: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>				

23. ASISTENCIA A CENTRO EDUCACIONAL		24. CONDICIÓN DEL AGRESOR		25. TRABAJO REMUNERADO		28. RELACIÓN CON LA VÍCTIMA			
1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 97. No Aplica <input type="checkbox"/>		1. Sobrio <input type="checkbox"/> 2. Alcohol <input type="checkbox"/> 3. Bajo efecto <input type="checkbox"/> 4. Perturbación Psicológica <input type="checkbox"/>		1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 97. No Aplica <input type="checkbox"/>		8. Cónyuge <input type="checkbox"/> 9. Pareja <input type="checkbox"/> 10. Ex-Pareja/Ex-Novio(a)/Ex-Conyugue <input type="checkbox"/> 11. Hermano(a) <input type="checkbox"/> 12. Hijo(a) <input type="checkbox"/> 13. Novio(a) <input type="checkbox"/> 98. Otro Cual? <input type="text"/>			

CARACTERÍSTICA DEL EVENTO				28. FRECUENCIA		29. ACCIÓN EJECUTADA:		8. Mecanismos de Protección (VD)	
27. NATURALEZA DE LA VIOLENCIA:				1. Primera vez <input type="checkbox"/> 2. Reincidencia <input type="checkbox"/>		1. Conciliación (VD) <input type="checkbox"/> 2. Caución (VIF) <input type="checkbox"/> 3. Sanción (VD) <input type="checkbox"/> 4. Remisión Fiscalía <input type="checkbox"/> 5. Remisión a Med. Forense <input type="checkbox"/> 6. Atención Psico/Social <input type="checkbox"/> 7. Remisión Casa hogar <input type="checkbox"/>		9. Atención en Salud <input type="checkbox"/> 10. Apertura Proceso Jud. <input type="checkbox"/> 11. Remisión Dirección Infancia Juventud <input type="checkbox"/> 98. Otras Cual? <input type="text"/> 99. Sin dato <input type="checkbox"/>	
1. Física <input type="checkbox"/> 4. Patrimonial <input type="checkbox"/> 2. Psicológica <input type="checkbox"/> 98. Otra <input type="checkbox"/> 3. Económica <input type="checkbox"/> Cual? <input type="text"/>									

30. NARRACIÓN CORTA DE LOS HECHOS. (Anotar relación corta como suceden los hechos.) <input type="text"/>									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--