

## FORMATO II EVALUACION DE RIESGO

<b>Herramienta para evaluar la peligrosidad del agresor</b> Nota: Si la usuaria responde afirmativamente a más de estas preguntas, el agresor es de alta peligrosidad, considere este factor para en la elaboración del plan de seguridad.			
Cuestionario de evaluación de peligro			
SITUACION	SI	NO	ESPECIFIQUE
¿Existe alguna razón por la que Usted sienta un miedo intenso hacia su agresor (a)?			
¿Ha aumentado la violencia física en el último año?			
¿Tiene antecedentes o ha estado en la cárcel?			
¿Participa en actividades delictivas?			
¿Posee algún tipo de arma? y/o ¿Porta dicha arma?			
¿Ha usado el arma contra Usted, o amenazado con algún arma u objeto?			
¿Ha sido arrestado por violencia?			
¿El consume droga o tiene problemas de alcoholismo, o ambas?			
¿La ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?			
¿Durante la agresión estaba bajo los efectos de alguna droga?			
¿Ha amenazado con matarla o hacerle daño?			
¿Cree usted que sea capaz de matarla?			
¿Amenaza con hacerles daño a sus hijos?			
¿Ha intentado alguna vez de estrangularla?			
¿La persigue, espía, le deja notas amenazantes, mensajes o llamadas?			
¿Le destruye sus pertenencias?			
¿La ha sacado de su domicilio?			
¿Le controla la mayoría de sus actividades diarias? (Laborales, familiares, amistades, etc).			

**1**

Los datos e información de las usuarias y víctimas serán privados y confidenciales, esto con el objeto de no ser re-victimizadas. La documentación de los casos deberá ser resguardada para su seguridad. Toda información recabada será utilizada únicamente con la finalidad de proporcionar un servicio integral de forma eficaz y eficiente a la usuaria, víctimas, sus hijas e hijos (*Protocolo de Atención Presencial del CJM publicado el 21 de marzo de 2016*). Conforme al artículo 1.7, 104, artículo 113, fracciones V, VI, VII, VIII y X, y del artículo 116 de la *Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública*.

#### IV. REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA

##### Herramienta para evaluar capacidad de respuesta de las usuarias ante los eventos violentos

- 1) Nota: Si la usuaria responde afirmativamente a 3 o 4 reactivos del 1 al 9 muestra signos de depresión y requiere apoyo psicológico.

NO.	INDICADOR	SI	NO
1	¿Ha tenido trastornos de sueño? (dificultad para dormir o mantenerse dormida, pesadillas recurrentes)		
2	¿Ha perdido el interés en participar en actividades significativas para usted?		
3	¿Usted ha tenido una gran pérdida recientemente (por muerte, separación, pérdida de bienes o de trabajo, etc)		
4	¿usted ha perdido todo contacto con sus familiares y/o amigos?		
5	¿Usted consume alcohol o drogas con frecuencia?		
6	¿Usted ha estado continuamente deprimida?		
7	¿Usted ha pensado en quitarse la vida?		
8	¿Usted ha planeado una forma de quitarse la vida?		
9	¿Usted ha intentado quitarse la vida?		

##### Diagnóstico en el área Sexual. Riesgos de la salud sexual y reproductiva

INDICADOR	SI	NO	ESPECIFIQUE
¿Ha sido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja bajo amenazas, chantaje, golpes, etc., o a realizar prácticas sexuales que considera degradantes?			
El agresor ¿ha mantenido actitudes de acoso sexual hacia otras personas o sus hijos?			
¿Ha forzado físicamente a alguna persona o alguno de sus hijos/as para tener sexo?			
¿Le controla el uso de métodos anticonceptivos o le prohíbe usarlos?			
¿Ha estado o está embarazada como producto de la violación?			
¿Ha padecido algún tipo de infección de transmisión sexual?			
¿La golpeaba estando embarazada?			
Señalar otros indicadores de violencia sexual:			

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DEL CJM QUE ATENDIO A LA USUARIA</b>	
<b>NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA Y/O HUELLA DIGITAL</b>	Manifiesto que mis datos son correctos en su totalidad