

Anexo 1. Abuse Assessment Screen (AAS)

1. En alguna ocasión, ¿ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?

1. SI 2. NO

2. En alguna ocasión, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, amenazado o le han causado algún otro daño emocional?

1. SI 2. NO

Si la respuesta es SI. ¿Quién lo hizo?:

1. Marido/Pareja masculina 2. Ex marido/Ex pareja masculina

3. Novio 4. Ex novio 5. Otro especificar

¿Cuándo?

1. Durante el embarazo 2. En el último año antes del embarazo

3. Otro especificar

¿Con qué frecuencia?

1. Raras veces 2. Algunas veces 3. Frecuentemente 4. Muy frecuentemente

3. En alguna ocasión, ¿le han empujado, golpeado, abofeteado, dado patadas o causado algún daño físico?

1. SI 2. NO

Si la respuesta es SI. ¿Quién lo hizo?:

1. Marido/Pareja masculina 2. Ex marido/Ex pareja masculina

3. Novio 4. Ex novio 5. Otro especificar

¿Cuándo?

1. Durante el embarazo 2. En el último año antes del embarazo

3. Otro especificar

¿En que parte del cuerpo? Severidad

Valorar severidad

1. Bofetadas, empujones sin heridas ni dolor permanente
 2. Puñetazos, patadas, magulladuras, heridas o dolor prolongado
 3. Dar una paliza, contusiones severas, quemaduras, fractura de huesos
 4. Heridas en la cabeza, lesiones internas, lesiones permanentes
 5. Uso de armas; heridas con arma

4. En alguna ocasión, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?

1. SI 2. NO

Si la respuesta es SI. ¿Quién lo hizo?

1. Marido/Pareja masculina 2. Ex marido/Ex pareja masculina

3. Novio 4. Ex novio 5. Otro especificar

¿Cuándo?

1. Durante el embarazo 2. En el último año antes del embarazo

3. Otro especificar

¿Cuántas veces?

Observaciones

Anexo 2

Index of Spouse Abuse (ISA)

LEER a la mujer:

*“La violencia contra las mujeres es un problema muy extendido en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja o esposo de la mujer y, a menudo, ni siquiera ella es consciente de que está sufriendo malos tratos. Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja **en el último año o durante el embarazo** y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas lo más cuidadosa y correctamente que pueda.”*

* Si no convive con su pareja dejar las preguntas 5 y 14 en blanco. Igualmente, si no tiene hijos, dejar la pregunta 17 en blanco.

Nunca 1 Rara vez 2 Algunas veces 3 Frecuentemente 4 Muy frecuentemente 5

1. **NF** Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien). 1 2 3 4 5
2. **NF** Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos. 1 2 3 4 5
3. **NF** Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado. 1 2 3 4 5
4. **F** Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto. 1 2 3 4 5
5. **NF** A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo. 1 2 3 4 5
6. **NF** Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo). 1 2 3 4 5
7. **F** Mi pareja me da puñetazos. 1 2 3 4 5
8. **NF** Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva. 1 2 3 4 5
9. **NF** Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él. 1 2 3 4 5
10. **NF** Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal. 1 2 3 4 5
11. **NF** Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás. 1 2 3 4 5
12. **NF** Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él. 1 2 3 4 5
13. **F** Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo). 1 2 3 4 5
14. **NF** Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa. 1 2 3 4 5
15. **NF** Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc.). 1 2 3 4 5
16. **NF** Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc.). 1 2 3 4 5
17. **NF** Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños. 1 2 3 4 5

Nunca 1 Rara vez 2 Algunas veces 3 Frecuentemente 4 Muy frecuentemente 5

18. **F** Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica. 1 2 3 4 5
19. **NF** Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar. 1 2 3 4 5
20. **NF** Mi pareja no es una persona amable. 1 2 3 4 5
21. **NF** Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo). 1 2 3 4 5
22. **F** Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no. 1 2 3 4 5
23. **NF** Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo. 1 2 3 4 5
24. **F** Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza. 1 2 3 4 5
25. **F** Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe. 1 2 3 4 5
26. **NF** Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente. 1 2 3 4 5
27. **NF** Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones. 1 2 3 4 5
28. **NF** Mi pareja me asusta y me da miedo. 1 2 3 4 5
29. **NF** Mi pareja me trata como si fuera idiota. 1 2 3 4 5
30. **F** Mi pareja actúa como si quisiera matarme. 1 2 3 4 5

Anexo 3

Woman Abuse Screening Tool (WAST) reducido

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

1

Mucha tensión

1

Alguna tensión

1

3. Sin tensión

2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

1

Mucha dificultad

1

Alguna dificultad

1

3. Sin dificultad

Anexo 4

OMS: Cuestionario sobre violencia de género

Cuando dos personas mantienen una relación, lo habitual es que tengan buenos y malos momentos. Me gustaría preguntarle algunas cuestiones sobre cómo es su relación de pareja en el embarazo.

	SI	NO	NC
1. ¿Trataba de impedirle que viese a sus amigos o amigas?			
2. ¿Trataba de evitar que usted se relacionase con su familia directa o parientes?			
3. ¿Insistía en saber dónde estaba en cada momento?			
4. ¿Le ignoraba y le trataba con indiferencia?			
5. ¿Se enfadaba si hablaba con otro hombre o mujer?			
6. ¿Sospechaba injustificadamente que le era infiel?			
7. ¿Esperaba que usted le pidiese permiso antes de ir por su cuenta a determinados sitios, como por ejemplo un hospital o centro de salud, un centro cultural o deportivo, etc.?			
8. ¿Se negaba a darle dinero para los gastos del hogar cuando la pareja tenía dinero para otras cosas?			
9. ¿Le impedía tomar decisiones relacionadas con la economía familiar y/o realizar las compras de forma independiente?			
10. ¿No le dejaba trabajar o estudiar fuera del hogar?			

	Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	NC
11. ¿Le ha insultado o hecho sentirse mal con usted misma?					
12. ¿Le ha menospreciado o humillado delante de otras personas?					
13. ¿Le ha asustado o intimidado a propósito [por ejemplo gritándole y rompiendo cosas, mirándole de determinada forma, etc.]?					
14. ¿Le ha amenazado verbalmente con hacerle daño?					
15. ¿Le ha amenazado verbalmente con hacer daño a alguien que es importante para usted?					
16. ¿Le ha abofeteado o tirado algo que pudiese hacerle daño?					
17. ¿Le ha empujado, agarrado o tirado del pelo?					
18. ¿Le ha golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiese hacerle daño?					
19. ¿Le ha dado patadas, arrastrado o pegado?					
20. ¿Le ha intentado asfixiar o quemar a propósito?					
21. ¿Le ha amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo o alguna otra arma contra usted?					
22. ¿Le ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando usted no quería?					
23. ¿Ha mantenido relaciones sexuales sin desearlo porque tenía miedo de lo que le podría hacer si se negaba?					
24. ¿Le ha obligado a realizar alguna otra práctica de tipo sexual que Ud. no deseaba o que le resultaba degradante o humillante?					
25. ¿Ha intentado obligarle a tener relaciones sexuales contra su voluntad, sujetándole o haciéndole daño de alguna manera sin conseguirlo?					

Anexo 5

Danger Assessment Instrument (DA)

CUESTIONARIO EVALUACIÓN DEL PELIGRO (DA)	SI	NO
1. En el último año, ¿ha aumentado la violencia emocional o física en severidad o frecuencia?		
2. ¿Tiene algún arma de fuego?		
3. ¿Está en paro?		
4. ¿Ha amenazado con matarle?		
5. ¿Se ha librado de ser detenido por violencia doméstica?		
6. ¿La ha forzado a mantener relaciones sexuales?		
7. En alguna ocasión, ¿ha intentado estrangularla?		
8. ¿Consume drogas? (como por ejemplo, estimulantes o anfetaminas, speed, polvo de ángel, cocaína, heroína, drogas de diseño o mezclas)		
9. ¿Tiene algún problema con el alcohol o es alcohólico?		
10. ¿Se pone celoso de forma violenta? (por ejemplo, dice “si yo no puedo tenerte, nadie te tendrá”)		
11. ¿Amenaza con hacer daño a sus hijos/as?		
12. ¿Cree que es capaz de matarla?		
13. ¿La persigue o la espía, le deja notas amenazantes o le deja mensajes, rompe sus cosas, o la llama cuando usted no quiere?		
14. En alguna ocasión, ¿ha amenazado o ha intentado suicidarse?		
15. En alguna ocasión, ¿la ha golpeado cuando ha estado embarazada?		
16. En el último año, ¿ha dejado a su pareja o ex/pareja, después de vivir juntos?		Nunca he vivido con él
17. ¿Controla la mayoría o todas sus actividades diarias? (como por ejemplo, le dice con quién puede hacer amistades, cuándo puede ver a su familia, cuánto dinero puede gastar, o cuándo puede coger el coche, etc.)		Lo intenta pero no le dejo
18. En alguna ocasión, ¿ha usado algún arma contra usted o la ha amenazado con ella?		
¿Fue con un arma de fuego?		
19. ¿Tiene usted algún hijo/a que no sea de la persona que le está agrediendo?		
20. En alguna ocasión, ¿usted ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?		

Anexo 6

Parte de lesiones editado por la Junta de Andalucía

IMPRIMIR RESTABLECER GUARDAR SALIR

(Página 1 de 2)

ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES.

(Código procedimiento: 13743)

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO											
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:											
DOMICILIO:											
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:											
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:			
PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:			NÚMERO TELÉFONO:	FECHA DE LA ASISTENCIA:	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)				
2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA											
APELLIDOS Y NOMBRE:										SEXO:	
										<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA N°:				FECHA NACIMIENTO:		EDAD:		LUGAR DE NACIMIENTO:		PAÍS DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO:											
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:											
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:			
PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:			TELÉFONOS:		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA				
EMBARAZO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PERSONA CON DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> MENTAL											
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MENORES DE EDAD NÚMERO: <input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES NÚMERO:											
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número)											
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)											
<input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS:											
<input type="checkbox"/> Violencia de género <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual											
<input type="checkbox"/> Maltrato infantil <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligencia											
<input type="checkbox"/> Maltrato personas mayores <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligencia											
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otras (especificar)											
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Otras (especificar)											
<input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Aranzazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otras (especificar)											
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar):											
<input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar):											
4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:											
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:											
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES:						NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:			SEXO:		
¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:				DIRECCIÓN:				TELÉFONO:			
RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S											
<input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a											
<input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No especifica <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre											
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)											
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI											
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):											
LA PERSONA ACUDE:											
<input type="checkbox"/> SOLA											
<input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):											
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorriado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:											
5 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)											

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA

6	ESTADO PSIQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)	
7	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS	
8	MEDIDAS TERAPEÚTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc....)	
9	PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)	
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE		
10	PLAN DE ACTUACIÓN	
<input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> DERIVACIÓN A: <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Atención Especializada		
PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES <input type="checkbox"/> Información sobre recursos de atención al maltrato <input type="checkbox"/> Valoración del riesgo <input type="checkbox"/> Plan de seguridad		
11	ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Desde cuando: <input type="checkbox"/> En el último año <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida		
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ: NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:		
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:
RELACION/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S <input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tio/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No específica		
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS		
DENUNCIAS PREVIAS: ¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 		
¿EXISTE PROCEDIMIENTO ABIERTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿EXISTE ORDEN DE ALEJAMIENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
12	OBSERVACIONES	
OTROS DATOS DE INTERÉS PARA EL ÓRGANO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia; miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares; precariedad económica, etc...):		
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:		
<input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> CENTROS DE INFORMACIÓN DE LA MUJER: <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar): <input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEÁ DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA.		
13	DATOS PERSONAL FACULTATIVO	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:		SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN:	FECHA:	FIRMA:

ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:
a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: (1) b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: (2)
c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.
e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.
La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: (3)
1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
3.- En caso de tratarse de un Centro Público, http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.