

## DEFENSA PENAL

### FORMULARIO DE INFORMACION IMPUTADOS, VICTIMA, MENORES E INCAPACES

Fecha de la atención: (dd/mm/aa)

--	--	--

Rol de la Intervención:

a) Defensor imputado	
b) Defensor imputado	
c) Representante complementario menor imputado	
d) Apoderado querellado	
e) Patrocinante demandado civil	
f) Patrocinante tercero	
g) Apoderado víctima	
h) Patrocinante terceros	
i) Patrocinante de víctima	
j) Representante víctima	
k) Representante complementario víctima	
l) Representante complementario terceros	



## I. CONDICIONES PERSONALES:

### 1. Datos personales

#### 1.1. Nombre y Apellido:

#### 1.2. Alias:

#### 1.3. Fecha de Nacimiento:

(dd/mm/aa)

#### 1.4. Tipo de Documento *(marque con una cruz):*

a) DNI	<input type="checkbox"/>
b) DNI Extranjero	<input type="checkbox"/>
c) LC	<input type="checkbox"/>
d) LE	<input type="checkbox"/>
e) Partida de Nacimiento	<input type="checkbox"/>
f) Pasaporte	<input type="checkbox"/>
g) Residencia Precaria	<input type="checkbox"/>
h) Indocumentado <i>(no es obligatorio el N°)</i>	<input type="checkbox"/>
i) Indocumentado: en trámite <i>(no es obligatorio el N°)</i>	<input type="checkbox"/>
j) No conoce el número <i>(no es obligatorio el N°)</i>	<input type="checkbox"/>



1.5. **Número de documento:**

--

Campo *no obligatorio* cuando se seleccione: **indocumentado, indocumentado en trámite o no conoce el número.**

Será obligatorio cuando se realice la selección de cualquiera de las siguientes **operaciones del sistema informático:**

Presentación de la instancia de Querellante Particular (art.91CPP), Ejercicio de la Acción Civil (art.25CPP), Presentación de la Instancia de Actor Civil (art.24 CPP), Aceptación del cargo de Representante complementario (103 inc. A CC y C), Aceptación del cargo de Representante Principal (art. 103 inc. b del CC y C)

1.6. **Sexo** (marque con una cruz):

a) Femenino	
b) Masculino	

1.7. **Identidad de género (Ley 26743)** (marque con una cruz):

a) Mujer cis	
b) Varón cis	
c) Mujer trans	
d) Varón trans	
e) Travesti	
f) No se identifica / No informa	

1.8. **Estado Civil** (marque con una cruz):

a) Soltero/a	
b) Casado/a	
c) Divorciado/a	
d) Viudo/a	

1.9. **Convivencia de pareja** (marque con una cruz)

a) Conviviente	
b) No conviviente	



## 2. Indicadores Sociodemográficos:

### 2.1. País de Nacimiento:

*(desplegable con países)*

### 2.2. País de Residencia

*(desplegable con países)*

### 2.3. Si no es originario de Córdoba indicar procedencia *(marque con una cruz):*

a) Otra Provincia	<input type="checkbox"/>
b) País Limítrofe	<input type="checkbox"/>
c) País No Limítrofe	<input type="checkbox"/>

#### 2.3.1. Fecha aprox. de ingreso al país: *(dd/mm/aa)*

--	--	--

#### 2.3.2. Motivo de ingreso *(marque con una cruz):*

a) Estudio	<input type="checkbox"/>
b) Trabajo	<input type="checkbox"/>
c) Pareja	<input type="checkbox"/>
d) Razones familiares	<input type="checkbox"/>
e) Turismo	<input type="checkbox"/>
f) Salud	<input type="checkbox"/>
g) Deportes	<input type="checkbox"/>

*Observaciones*

### 2.4. Tipo de Domicilio *(marque con una cruz):*

a) Rural	<input type="checkbox"/>
b) Urbano	<input type="checkbox"/>

### 2.5. Dirección:

--



**2.6. Tipo de teléfono** (marcar con una cruz):

a) Celular	
b) Fijo	
c) No posee	

**2.7. Número de teléfono:**

(solo si tiene)

**2.8. Correo electrónico:**

no obligatorio

**2.9. Redes sociales:**

no obligatorio

**2.10. Nivel Educativo máximo alcanzado** (marque con una cruz):

a) Sin instrucción	
b) Primario incompleto	
c) Primario completo	
d) Secundario incompleto	
e) Secundario completo	
f) Terciario incompleto	
g) Terciario completo	
h) Universitario incompleto	
i) Universitario completo	
j) Post Universitaria	

**2.10.1. ¿Cursa estudios?**

Si	No
----	----

**2.10.1.1.** En caso de ser afirmativa la pregunta anterior: Tipo de Institución dónde los cursa:

a) Privada	
------------	--



b) Pública Nacional	
c) Pública Provincial	
d) Pública Municipal	
e) Institución fuera del país	
f) No sabe/ no recuerda	

2.10.1.2. Nombre de la institución dónde los cursa:



### 3. Condición Laboral:

#### 3.1. **Ocupación** (marque con una cruz):

a) Changas-Trabajo Informal	
b) Empleada/o Doméstica/o	
c) Profesional	
d) Autónomo – Por cuenta propia	
e) Obrera/o-Empleada/o	
f) Patronal-Empleador/a	
g) Desempleado/a	

#### 3.2. **Remuneración o suma aproximada que percibe mensualmente:**

#### 3.3. **Domicilio Laboral:**

#### 3.4. **Cobertura Médica** (marque con una cruz):

a) Obra Social	
b) Sistema Público Gratuito	



#### 4. Observación sobre el estado de salud:

##### 4.1. Existencia de alguna enfermedad (marque con una cruz):

a) Cardiovasculares	
b) Respiratorias	
c) Presión Arterial Alta	
d) Gastroenterológicas	
e) Hepatitis Virales	
f) Vectoriales	
g) Transmisión Sexual	
h) Cáncer	
i) Diabetes	
j) Alérgicas	
k) Neurológicas	
l) Psiquiátricas	
m) Adicciones	
n) Afecciones odontológicas	
o) Afecciones oftálmicas	
p) Afecciones dermatológicas	
q) Afecciones otorrinolaringológicas	
<b>r) No padece enfermedad alguna</b>	

##### 4.2. Discapacidad (marque con una cruz):

a) Física	
b) Auditiva	
c) Visual	
d) Cognitiva	
e) Intelectual	
<b>f) No tiene discapacidad</b>	

##### 4.2.1. Certificado de discapacidad:

Si	No
----	----

(campo para adjuntar archivo o texto con el certificado, Sentencia Civil de Incapacidad o Restricción de Capacidad)





4.3. **¿Recibe tratamiento médico?:**

Si	No
----	----

4.3.1. **Lugar donde se lo prescribieron o atendieron** (*marque con una cruz*):

a) Institución Pública	<input type="checkbox"/>
b) Institución Privada	<input type="checkbox"/>
c) No conoce/ no recuerda	<input type="checkbox"/>

4.3.2. **¿La recibe en el lugar de detención?:**

Si	No
----	----

4.3.3. **Fue revisado por el Médico Forense antes de ser alojado en este establecimiento:**

Si	No
----	----

4.3.3.1. *En caso de resultar positiva la respuesta, le informó que padece alguna/as patologías?:*

Si	No
----	----

4.3.3.2. *¿En caso de resultar positiva la respuesta, sabe si requiere medicación?:*

Si	No
----	----

4.3.3.3. *¿Recibe medicación?:*

Si	No
----	----

4.3.4. **En caso de poseer antecedentes de enfermedades mentales, adicciones o discapacidad, por alguna de ellas estuvo internado en un nosocomio:**

Si	No
----	----

4.3.4.1. **Nosocomio:**

(*desplegable con instituciones*)

4.3.4.2. **Fecha aprox. de última internación** (*dd/mm/aa*):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------



5. **Recibe Programa Social o Prestaciones Sociales:** *(marque con una cruz):*

a) Programas sociales Plan Nacional de Seguridad Alimentaria	
b) Plan Nacional de Primera Infancia	
c) Plan Nacional de Protección Social PROGRESAR	
d) Programa Hogar Tarifa social	
e) Subsidio social para medicamentos ambulatorios – PAMI SUMAR	
f) Incluir Salud Servicio Nacional de Rehabilitación – C.U.D. emitidos	
g) Monotributo Social Jóvenes más y mejor trabajo	
h) Planes Nacionales de empleo Seguro de capacitación y empleo Hacemos futuro (ex PRIST)	
i) Proyectos productivos comunitarios	
j) Pensiones no contributivas PNC por invalidez	
k) PNC Madres 7 hijos o más Pensión Honorífica de Veteranos de Guerra del Atlántico Sur PNC	
l) Vejez PNC Graciables y Leyes Especiales Seguridad social	
m) Seguro de desempleo Jubilaciones y pensiones SIPA	
n) Asignación universal para protección social por hijo e hijo con discapacidad	
o) Asignación universal para protección social: embarazo Asignación familiar por hijo e hijo con discapacidad	
p) Asignación familiar prenatal	



**6. Composición del grupo familiar de origen (marque con una cruz):**

a) Monoparental	<input type="checkbox"/>
b) Nuclear	<input type="checkbox"/>
c) Ensamblado	<input type="checkbox"/>
d) Compuesto	<input type="checkbox"/>

**6.1. Ingresos del Grupo Familiar**

6.1.1. ¿Su grupo familiar recibe Programas o Prestaciones Sociales?:

Si	No
----	----

6.1.2. ¿Tienen inserción laboral?:

Si	No
----	----

**6.2. Hijos**

6.2.1. Número de hijos:  (0 por defecto)

6.2.2. Menores de 18 años:  (0 por defecto)

6.2.3. Menores convivientes:  (0 por defecto)

6.2.4. Menores de 5 años:  (0 por defecto)

(Si tiene más de un hijo menor de 5 años, volver a desplegar las preguntas a continuación para cada hijo).

**6.2.4.1. Nombre de Hijo:**

**6.2.4.2. Edad de Hijo:**



6.2.4.3.      **¿Está a su cargo?:**

Si	No
----	----

**6.2.4.3.1.** Exclusivamente:      

Si	No
----	----

**6.2.4.3.2.** Compartido:      

Si	No
----	----

6.2.4.4.      **¿Está escolarizado?**

Si	No
----	----

6.2.4.5.      **¿Posee Enfermedades?**

Si	No
----	----

6.2.4.6.      **¿Es discapacitado?**

Si	No
----	----

6.2.4.7.      **¿Convive con otras personas en el domicilio?**

Si	No
----	----

**6.2.4.7.1.** En caso de respuesta afirmativa marcar con una cruz:

a) Padre	
b) Madre	
c) Suegro	
d) Suegra	
e) Hermanos/as	
f) Otros	

6.2.4.8.      **¿Conoce bajo el cuidado de quien se encuentra actualmente?:**

Si	No
----	----

**6.2.4.8.1.** Nombre del responsable:  

--

**6.2.4.8.2.** Teléfono:  

<i>no obligatorio</i>
-----------------------



**6.2.4.8.3. Dirección:**

*no obligatorio*

**6.3. Personas con discapacidad a su cargo:**

Si

No

**6.4. ¿Vive solo?:**

Si

No

**6.4.1. ¿La vivienda quedó al resguardo de algún referente suyo?**

Si

No

**6.4.1.1. Nombre del referente:**

**6.4.1.2. Teléfono de contacto:**

*no obligatorio*



## 7. Información de la víctima:

7.1. Enfermedad, lesión o secuela relacionada con el hecho del que ha sido víctima:

Si	No
----	----

7.2. Asistencia medida psiquiátrica:

Si	No
----	----

7.3. Asistencia psicológica actual:

Si	No
----	----

7.4. Profesional tratante/s: *no obligatorio*

(nombre y apellido)

7.5. Concurrencia pasada o presente al Centro de Asistencia a la Víctima:

Si	No
----	----

7.6. Concurrencia pasada o presente al Polo de la Mujer:

Si	No
----	----

7.7. Concurrencia pasada o presente a otra institución pública o privada:

Si	No
----	----

(consignar nombre de la institución)

7.8. Concurrencia a un centro médico público o privado:

Si	No
----	----



## 8. Información de la víctima menor o persona con restricción de la capacidad

### 8.1. Composición del Grupo Familiar:

8.1.1. **Padres biológicos individualizados:**

Si	No
----	----

En caso de respuesta afirmativa es obligatorio completar al menos uno de los dos próximos puntos.

8.1.2. **Nombre de la madre:**

(nombre y apellido)
---------------------

8.1.3. **Nombre del padre:**

(nombre y apellido)
---------------------

8.1.4. **Convive con padre o madre** (marque con una cruz):

a) Madre	
b) Padre	
c) Ninguno	
d) Ambos	

8.1.5. **Hermanos convivientes:**

Si	No
----	----

Mayores de edad	(cantidad)
Menores de edad	(cantidad)

8.1.6. **Hermanos no convivientes:**

Si	No
----	----

Mayores de edad	(cantidad)
Menores de edad	(cantidad)



**8.1.7. Convive con otro familiar:**

a) Tíos	
b) Abuelos	
c) Primos	
d) Otros	

**8.2. Está o estuvo institucionalizado:**

Si	No
----	----

**8.2.1. ¿En qué institución?:**

Complejo Esperanza Módulo IV (San Jorge) (sector 1)	
Complejo Esperanza Módulo IV (San Jorge) (sector 2)	
Complejo Esperanza Módulo IV (San Jorge) (sector 3)	
Complejo Esperanza Módulo IV (San Jorge) (sector 4)	
Complejo Esperanza Modulo I (ex Horizonte)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector A)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector B)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector C)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector D)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 1)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 2)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 3)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 4)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 5)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 6)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 7)	
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 8)	
Complejo Esperanza Módulo III (Pasos de vida)	
Cesam	
Por un Mundo Mejor	
Complejo Carcelario "Padre Luchesse"	





Obra de B° Muller (Padre Mariano Oberlin)	
Residencia Medio Camino	
Casa Achaval	
Complejo Esperanza CAD	
Con familia extensa	
Con familia comunitaria	
Con Familia para Familias	
En el hogar	
Hotel	
En residencia	
En situación de calle	
Sierras Doradas	

**8.3. Observación sobre el estado salud:** Completar el punto sobre estado de Salud de Indicadores Sociodemográficos

**8.4. Existencia de alguna enfermedad:**

Si	No
----	----

**8.5. MADRE:**

8.5.1. **A cargo del menor o incapaz**

Si	No
----	----

8.5.2. **Completar Parte General en Condiciones Personales.**

**8.6. PADRE:**

8.6.1. **A cargo del menor o incapaz**

Si	No
----	----

8.6.2. **Completar Parte General en Condiciones Personales.**

**8.7. OTRO ADULTO RESPONSABLE DEL MENOR O PERSONA CON RESTRICCIÓN DE CAPACIDAD:**

8.7.1. **RELACIÓN VÍCTIMA-IMPUTADO:**



8.7.1.1.      **Familiar**

Si	No
----	----

8.7.1.2.      **Parentesco:**

(especificar)

8.7.1.3.      **Otra:**

(especificar)



## II. INFORMACION DE LA CAUSA:

### 9. Autoridades Intervinientes:

#### 9.1. Unidad Judicial o dependencia que tramita el sumario:

(desplegable de unidades judiciales)

#### 9.2. Nro. De Sumario:

Campo **no obligatorio a priori**.

Será obligatorio cuando se realice la selección de cualquiera de las siguientes **operaciones del sistema informático**:

Presentación de la instancia de Querellante Particular (art.91CPP), Ejercicio de la Acción Civil (art.25CPP), Presentación de la Instancia de Actor Civil (art.24 CPP), Aceptación del cargo de Representante complementario (103 inc. A CC y C), Aceptación del cargo de Representante Principal (art. 103 inc. b del CC y C)

#### 9.3. Lugar de detención:

#### 9.4. Fiscalía:

(desplegable de Fiscalías)

#### 9.5. Número de SAC PRINCIPAL:

Campo **no obligatorio a priori**.

Será obligatorio cuando se realice la selección de cualquiera de las siguientes **operaciones del sistema informático**:

Presentación de la instancia de Querellante Particular (art.91CPP), Ejercicio de la Acción Civil (art.25CPP), Presentación de la Instancia de Actor Civil (art.24 CPP), Aceptación del cargo de Representante complementario (103 inc. A CC y C), Aceptación del cargo de Representante Principal (art. 103 inc. b del CC y C)

#### 9.6. Defensoría Interviniente:



**9.7. Carácter de la Representación:**

(tipo de carpeta)

**9.8. Delito que se le imputa:**

Campo **no obligatorio a priori**.

Será obligatorio cuando se realice la selección de cualquiera de las siguientes **operaciones del sistema informático:**

Presentación de la instancia de Querellante Particular (art.91CPP), Ejercicio de la Acción Civil (art.25CPP), Presentación de la Instancia de Actor Civil (art.24 CPP), Aceptación del cargo de Representante complementario (103 inc. A CC y C), Aceptación del cargo de Representante Principal (art. 103 inc. b del CC y C)

**9.9. Planilla Prontuarial:** no obligatorio

campo para adjuntar archivo adjunto con planilla Prontuarial



**10. Información sobre el hecho:**

10.1. Fecha del hecho:

--	--	--

10.2. Modalidad Privación de la Libertad:

a) Aprehensión en Flagrancia	
b) Aprehensión en Cuasi flagrancia	
c) Aprehensión Civil	
d) Arresto	
e) Decreto de Detención	
f) Prisión Preventiva	
g) Prisión Domiciliaria	
h) <b>No está privado de su libertad</b>	

10.3. Delito/ Calificación:

*(Nomenclador de Delitos AR N° 1603/19)*

10.4. Tipo de participación:

--

10.5. Concurso:

Si	No
----	----

10.6. Comisión:

<i>Tentado</i>	<i>Consumado</i>
----------------	------------------

10.7. Rebeldía:

Si	No
----	----

10.7.1. ¿Existió un pedido de captura previa?

Si	No
----	----

10.8. Descripción del hecho de acuerdo al sumario:

*(desde sistema Sumario Judicial y/o tipear del relato del papel)*

--



## 11. Información del imputado:

### 10.1. Descripción del hecho de acuerdo a la persona privada de libertad:

(campo para adjuntar archivo o texto)

### 10.2. ¿Reconoció el hecho?:

Si No

### 10.3. ¿Lo cometió?

Si No

### 10.4. ¿Portaba Arma?

Si No

### 10.5. Identificación y datos de contacto del/de la denunciante:

(se carga en PARTES)

### 10.6. Identificación y datos de contacto del/de la damnificado/a:

(se carga en PARTES)

### 10.7. Identificación y datos de contacto del/de la víctima:

(se carga en PARTES)

### 10.8. Identificación y datos de contacto de testigos:

(se carga en PARTES)

### 10.9. Identificación y datos de contacto de otros/as imputados/as:

(se carga en PARTES)



**10.10. Pruebas, elementos secuestrados: Se detallan los medios de prueba según la siguiente clasificación:**

**11.10.1. INSPECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN (Arts. 195 a 202) no obligatorio**

a) Inspección Judicial (Art. 195) Croquis	
b) Inspección Corporal y Mental (Art.198)	
c) Identificación de Cadáveres (Art. 199)	
d) Reconstrucción del Hecho (Art. 200)	
e) Operaciones Técnicas (Art. 201)	

**11.10.2. REGISTRO Y REQUISA (Arts. 203 a 209) no obligatorio**

a) Registro (Art. 203)	
b) Allanamiento de la Morada (Art. 204)	
c) Allanamiento de otros locales (Art. 205)	
d) Allanamiento Sin Orden (Art. 206)	
e) Orden de Requisa Personal (Art. 208)	

**11.10.3. SECUESTRO (Arts. 210 a 217) no obligatorio**

a) Orden de Secuestro (Art. 210)	
b) Orden de Presentación (Art. 211)	
c) Intercepción de Correspondencia (Art.214)	
d) Intervención de Comunicaciones (Art. 216)	

**11.10.4. TESTIGOS (Arts. 218 a 230) no obligatorio**

a) Testimonial (Art. 218)	
b) Testimonio víctima	
c) Declaración por escrito (Art. 228)	
d) Examen en el Domicilio (Art. 229)	

**11.10.5. PERITOS (Arts. 231 a 246) no obligatorio**

a) Pericias (Art. 231)	
b) Química	
c) ADN	



d) Psicológica	
e) Psiquiátrica	
f) Psiquiátrica del Art. 85 CPP	
g) Interdisciplinaria	
h) Medica	
i) Cámara Gesell	
j) Caligráfica	
k) Autopsia Necesaria (Art. 243)	
l) Cotejo de Documentos (Art. 244)	

**11.10.6. INTÉRPRETES (Arts. 247 y 248) no obligatorio**

a) Designación de intérprete (Art. 247)	
-----------------------------------------	--

**11.10.7. RECONOCIMIENTOS (Arts. 249 a 250) no obligatorio**

a) Reconocimiento de su persona (Art. 249)	
b) Interrogatorio Previo (Art. 250)	
c) Reconocimiento por Fotografía (Art. 253)	
d) Reconocimiento de Cosas (Art. 254)	

**11.10.8. CAREOS (Arts. 255 a 257) no obligatorio**

a) Careo de personas (Art. 255)	
---------------------------------	--

**11.10.9. INFORMATIVA – INSTRUMENTAL no obligatorio**

a) Exposición informativa	
b) Informe 101 (Policía)	
c) Acta policial	
d) Acta de aprehensión	
e) Informe técnico numérico	

**11.10.10. Archivo adjunto sobre la prueba no obligatorio**

(permitir más de uno)
-----------------------





11.10.11. **Antecedentes Psiquiátricos:**

Si	No
----	----

11.10.12. **Internaciones:**

(período)

11.10.13. **Adicciones:**

Si	No
----	----

11.10.13.1. **LISTADO DE ADICCIONES**

**11.10.13.1.1. Sustancias lícitas**

a) Alcohol	
b) Tabaco	
c) Medicamentos	

**11.10.13.1.2. Sustancias ilícitas**

a) Cannabis	
b) Cocaína	
c) MDMA o éxtasis	
d) Pasta base de cocaína	
e) LSD	



## 12. Información sobre la detención del imputado:

12.1. **En libertad**

Si	No
----	----

*En caso de respuesta negativa continuar respondiendo la sección*

### 12.2. Fecha y Hora de la Detención de acuerdo al Sumario:

12.2.1. **Fecha:**

--	--	--

12.2.2. **Hora:**

--	--

12.3. **Exhibe documento en el momento de la Detención:**

Si	No
----	----

### 12.4. Medidas Dispuestas por el Fiscal:

a) Enviarlo/a al lugar de Detención.	
b) Ordenar la revisión médica.	
c) Solicitar antecedentes penales.	

### 12.5. Fecha y Hora del labrado del Acta:

12.5.1. **Fecha:**

--	--	--

12.5.2. **Hora:**

--	--

### 12.6. Fecha y Hora del ingreso al lugar de Detención:

12.6.1. **Fecha:**

--	--	--

12.6.2. **Hora:**

--	--



## 12.7. Antecedentes del Detenido

### 12.7.1. Antecedentes penales: Adjuntos.

*(campo para adjuntar archivo o texto)*

### 12.7.2. Causas: (Números de OTROS EXPEDIENTES SAC)

### 12.7.3. Condenas previas:

Si	No
----	----

### 12.7.4. Están cumplidas:

Si	No
----	----

#### 12.7.4.1. Fecha de cumplimiento de condena

--	--	--

#### 12.7.4.2. Tribunal que lo condenó:

*(desplegable con lista de organismos judiciales, MPF, tribunales de otras provincias y tribunales federales)*

### 12.7.5. Declaración de Reincidente:

Si	No
----	----

## 12.8. Información de Contacto.

### 12.8.1. Nombre de la Persona de referencia en libertad:

### 12.8.2. Teléfono de Contacto:

### 12.8.3. Domicilio, persona de contacto:

