

## UNIDAD DE LA DEFENSA UCA (E.P.9) FORMULARIO DE INFORMACION

Fecha de la atención: (dd/mm/aa)

--	--	--

Organismos intervinientes:

(desplegable de organismos)

Personal de la Unidad de la Defensa que realiza la asistencia:

(desplegable de personal)

### PARTE GENERAL

#### 1. Defensor

1.1. ¿Tiene Defensor?:

Si	No
----	----

1.1.1. En caso de respuesta positiva (marque con una cruz):

a) Público	
b) Privado	

1.1.1.1. Si es público, consignar Asesoría:

(lista desplegable con las asesorías competentes en el año judicial)

1.1.1.2. En ambos casos completar:

1.1.1.2.1. Nombre y apellido del asesor:

--



1.1.1.2.2. Teléfono del defensor:

1.2. ¿Tuvo contacto con su Defensor?

Si	No
----	----



## 2. Condiciones Personales:

2.1. **Nombre y Apellido:**

2.2. **Alias:**

2.3. **Fecha de Nacimiento:**

(dd/mm/aa)

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

a) DNI	<input type="checkbox"/>
b) DNI Extranjero	<input type="checkbox"/>
c) Indocumentado	<input type="checkbox"/>
d) LC	<input type="checkbox"/>
e) LE	<input type="checkbox"/>
f) Partida de Nacimiento	<input type="checkbox"/>
g) Pasaporte	<input type="checkbox"/>
h) Residencia Precaria	<input type="checkbox"/>

2.5. **Número de documento:**

2.6. **Se encuentra actualizado:**

Si	No
----	----

2.7. **Se encuentra en trámite:**

Si	No
----	----



2.8. **Sabe dónde se encuentra su documento:**

Si	No
----	----

2.8.1. **En caso afirmativo consigne el lugar:**

--

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

a) Femenino	
b) Masculino	

2.10. **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	

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

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

2.12. **Convivencia de pareja** (*marque con una cruz*):

a) Conviviente	
b) No conviviente	



### 3. Indicadores Sociodemográficos:

#### 3.1. País de Nacimiento:

*(desplegable con países)*

#### 3.2. País de Residencia

*(desplegable con países)*

#### 3.3. 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"/>

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

--	--	--

#### 3.3.2. 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*

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

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

#### 3.5. Dirección:

--



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

a) Celular	<input type="checkbox"/>
b) Fijo	<input type="checkbox"/>
c) No posee	<input type="checkbox"/>

3.7. **Número de teléfono:**

3.8. **Correo electrónico:**

3.9. **Redes sociales:**

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

a) Sin instrucción	<input type="checkbox"/>
b) Primario incompleto	<input type="checkbox"/>
c) Primario completo	<input type="checkbox"/>
d) Secundario incompleto	<input type="checkbox"/>
e) Secundario completo	<input type="checkbox"/>
f) Terciario incompleto	<input type="checkbox"/>
g) Terciario completo	<input type="checkbox"/>
h) Universitario incompleto	<input type="checkbox"/>
i) Universitario completo	<input type="checkbox"/>
j) Post Universitaria	<input type="checkbox"/>

3.10.1. ¿Cursa estudios?

Si	No
----	----

3.10.1.1. 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	

3.10.1.2. Nombre de la institución dónde los cursa:



#### 4. Condición Laboral:

4.1. **Ocupación** (marque con una cruz):

a) Changas-Trabajo Informal	<input type="checkbox"/>
b) Empleada/o Doméstica/o	<input type="checkbox"/>
c) Profesional	<input type="checkbox"/>
d) Autónomo- Por cuenta propia	<input type="checkbox"/>
e) Obrera/o-Empleada/o	<input type="checkbox"/>
f) Patronal-Empleador/a	<input type="checkbox"/>
g) Desempleado/a	<input type="checkbox"/>

4.2. **Remuneración o suma aproximada que percibe mensualmente:**

4.3. **Domicilio Laboral:**

4.4. **Cobertura Médica** (marque con una cruz):

a) Obra Social	<input type="checkbox"/>
b) Sistema Público Gratuito	<input type="checkbox"/>





## 5. Observación sobre el estado de salud:

5.1. **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	

5.2. **Discapacidad** (*marque con una cruz*):

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

5.2.1. **Certificado de discapacidad:**

Si	No
----	----

5.3. **¿Recibe tratamiento médico?:**

Si	No
----	----



5.3.1. **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"/>

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

Si	No
----	----

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

Si	No
----	----

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

Si	No
----	----

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

Si	No
----	----

5.3.3.3. *¿Recibe medicación?:*

Si	No
----	----

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

Si	No
----	----

5.3.4.1. **Nosocomio:**

*(desplegable con instituciones)*

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

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



**6. 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	



**7. 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"/>

**7.1. Ingresos del Grupo Familiar**

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

Si	No
----	----

7.1.2. ¿Tienen inserción laboral?:

Si	No
----	----

**7.2. Hijos**

7.2.1. Número de hijos:  (0 por defecto)

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

7.2.3. Menores convivientes:  (0 por defecto)

7.2.4. 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).

7.2.4.1. **Nombre de Hijo:**

7.2.4.2. **Edad de Hijo:**

7.2.4.3. **¿Está a su cargo?:**

Si	No
----	----



7.2.4.3.1. Exclusivamente: 

Si	No
----	----

7.2.4.3.2. Compartido: 

Si	No
----	----

7.2.4.4. ¿Está escolarizado? 

Si	No
----	----

7.2.4.5. ¿Posee Enfermedades? 

Si	No
----	----

7.2.4.6. ¿Es discapacitado? 

Si	No
----	----

7.2.4.7. ¿Convive con otras personas en el domicilio? 

Si	No
----	----

7.2.4.7.1. En caso de respuesta afirmativa marcar con una cruz:

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

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

Si	No
----	----

7.2.4.8.1. Nombre del responsable:

7.2.4.8.2. Teléfono:



**7.2.4.8.3. Dirección:**

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

Si No

7.4. **¿Vive solo?:**

Si No

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

Si No

7.4.1.1. **Nombre del referente:**

7.4.1.2. **Teléfono de contacto:**



## 8. Información sobre la Detención:

8.1. ¿Le retuvieron las pertenencias al momento de la Detención?:

Si	No
----	----

8.1.1. ¿Sabe dónde se encuentran?:

Si	No
----	----

8.1.1.1. Comisaría:

(desplegable con Comisarías)

8.1.2. ¿Fueron retiradas?:

Si	No
----	----

8.1.3. ¿Por quién fueron retiradas? Nombre y apellido:

--

8.2. ¿Mantuvo contacto con familiares luego de su aprehensión?

Si	No
----	----

8.2.1. En caso de respuesta afirmativa contestar con quien (marque con una cruz):

a) Padre	
b) Madre	
c) Hijo/a	
d) Hermano/a	
e) Pareja	
f) Abuelo/a	
g) Otros	

8.2.2. En caso de respuesta negativa informar el motivo (marque con una cruz):

a) No tiene posibilidad de comunicarse	
b) No tiene medios económicos (tarjeta)	
c) Olvidó número de teléfono	
d) No tiene teléfono	



8.3. ¿Desea comunicarse con algún familiar o poner en conocimiento la situación de detención?:

Si	No
----	----

8.3.1. Información de Contacto.

8.3.1.1. Nombre de la Persona de referencia en libertad:

8.3.1.2. Teléfono de Contacto:

8.3.1.3. Domicilio de la persona de contacto:

8.4. ¿Recibe visitas?

Si	No
----	----

8.4.1. En caso de respuesta afirmativa consultar quienes (marque con una cruz):

a) Padre	
b) Madre	
c) Hijo/a	
d) Hermano/a	
e) Pareja	
f) Abuelo/a	
g) Otros	

8.5. Domicilio/s Alternativo/s para el mantenimiento de la Libertad (especialmente en casos de violencia familiar y narcotráfico)





## 9. Situación procesal

9.1. ¿Conoce el motivo por el que se encuentra detenido?

Si

No

(Si tiene más de un hecho volver a desplegar las preguntas a continuación para cada hecho).

9.2. Fecha del hecho (dd/mm/aa):

--	--	--

9.3. Lugar de Aprehensión:

(desplegable con barrios de Córdoba)

9.4. Antecedentes Penales:

9.4.1. ¿Tiene antecedentes penales?:

Si

No

Descripción de antecedentes penales

--

9.4.2. ¿Fue convocado por la Fiscalía?:

Si

No

9.4.2.1. En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál fue el trámite que realizó? (marque con una cruz):

a) Para notificar imputación	
b) Para notificar detención	
c) Para designar abogado	
d) Indagatoria	
e) Para notificar prisión preventiva	

9.4.2.2. Fecha aprox. de la convocatoria (dd/mm/aa):

--	--	--



**9.5. Requerimientos Realizados por la Persona Detenida:** *(puede marcar con una tilde más de uno)*

**9.5.1. Acceso a documentación:**

- 9.5.1.1. Certificado de discapacidad
- 9.5.1.2. Situación NN (falta de inscripción en el nacimiento)
- 9.5.1.3. Trámites de migraciones, radicaciones, ciudadanía y refugio
- 9.5.1.4. Tramite de DNI o partidas de Nacimiento
- 9.5.1.5. Otro (acceso a documentación)

**9.5.2. Actos de gobierno o Agentes Públicos:**

- 9.5.2.1. Abuso de autoridad o maltrato en dependencias del servicio penitenciario
- 9.5.2.2. Falta de acceso a información pública o a datos personales
- 9.5.2.3. Negativa, exigencias desmedidas o irrazonables para recibir denuncias o trámites
- 9.5.2.4. Penalidades o sanciones injustamente recibidas.
- 9.5.2.5. Otro (actos de gobierno o agentes públicos)

**9.5.3. Acceso a prestaciones de seguridad social:**

- 9.5.3.1. Acceso a prestaciones sociales de emergencia o ante situaciones críticas para la familia del
- 9.5.3.2. penado
- 9.5.3.3. Jubilaciones
- 9.5.3.4. Pensiones contributivas y no contributivas
- 9.5.3.5. Programas sociales
- 9.5.3.6. Pensión por discapacidad
- 9.5.3.7. Otro (seguridad social)

**9.5.4. Derechos de usuarios y consumidores:**



9.5.4.1. Servicios de profesionales deficientes o excesivamente onerosos

9.5.4.2. Servicios bancarios o financieras

9.5.4.3. Otro (derecho de usuarios y consumidores)

**9.5.5. Discriminación:**

9.5.5.1. Por edad

9.5.5.2. Por discapacidad

9.5.5.3. Por lugar de residencia

9.5.5.4. Por nacionalidad o pertenencia a un pueblo indígena

9.5.5.5. Por orientación sexual o identidad de género

9.5.5.6. Por rasgos o características físicas

9.5.5.7. Por religión

9.5.5.8. Por situación socio económica

9.5.5.9. Otro (discriminación)

**9.5.6. Educación:**

9.5.6.1. Falta, negativa de vacantes o problemas con inscripciones en programas educativos

9.5.6.2. Suspensión o expulsión de un programa

9.5.6.3. Art. 140 de la ley 24.660

9.5.6.4. Falta de documentación certificante (analíticos)

9.5.6.5. Otro (educación)

**9.5.7. Situación del penado en el establecimiento penitenciario:**

9.5.7.1. Agravamiento sostenido en las formas o condiciones de privación de la libertad

9.5.7.2. Ejecución de la pena (cambio de fases)

9.5.7.3. Requiere traslado



9.5.7.4. Solicita audiencia con el Juez

9.5.7.5. Otro (situación del penado)

**9.5.8. Estado procesal de la causa:**

9.5.8.1. Información sobre estado procesal actual de su causa

9.5.8.2. Denuncia de irregularidades en el proceso penal

9.5.8.3. Libertad Condicional

9.5.8.4. Prisión domiciliaria

9.5.8.5. Problemas con el defensor público

9.5.8.6. Otro (estado procesal de la causa)

**9.5.9. Relaciones de familia:**

9.5.9.1. Apoyo para lograr visita familiar en el establecimiento  
carcelario

9.5.9.2. Estado procesal de causas en Niñez y Juventud relacionados  
con sus hijos

9.5.9.3. Régimen comunicacional

9.5.9.4. Custodia legal de sus hijos

9.5.9.5. Deberes de relación parental o familiar

9.5.9.6. Divorcio y cese de convivencia

9.5.9.7. Matrimonio

9.5.9.8. Familiar con consumo problemático, adicciones o alcoholismo

9.5.9.9. Filiación o reconocimiento

9.5.9.10. Protección de niños, niñas y adolescentes en desamparo

9.5.9.11. Testamentos, sucesiones, y trámites relativos al fallecimiento de  
una persona

9.5.9.12. Violencia Intrafamiliar

9.5.9.13. Otras (relaciones de familia).



#### 9.5.10. **Salud:**

- 9.5.10.1. Seguimiento/apoyo psicológico/psiquiátrico
- 9.5.10.2. Tratamiento médico /atención física concreta
- 9.5.10.3. Provisión de medicamentos
- 9.5.10.4. Consumo problemático, adicciones o alcoholismo
- 9.5.10.5. Mala praxis o maltrato médico
- 9.5.10.6. Problemas de alimentación
- 9.5.10.7. Requiere institucionalización geriátrica
- 9.5.10.8. Deportes/actividad física
- 9.5.10.9. Otro (Salud)

#### 9.5.11. **Trabajo:**

- 9.5.11.1. Requiere trabajar/situación de desempleo
- 9.5.11.2. Accidentes o enfermedades del trabajo
- 9.5.11.3. Cuestiones salariales
- 9.5.11.4. Malas condiciones de trabajo, inseguridad, salubridad, problemas de medio ambiente
- 9.5.11.5. Laboral
- 9.5.11.6. Maltrato, discriminación, falta de respeto, hostigamiento, acoso, mobbing
- 9.5.11.7. Programas de capacitación/ oficio
- 9.5.11.8. Fondo de reserva
- 9.5.11.9. Trámites tributarios vinculados con el trabajo (Monotributo, etc.)
- 9.5.11.10. Otro (trabajo)

#### 9.5.12. **Víctima de delito:**

- 9.5.12.1. Contra la integridad sexual



- 9.5.12.2.    Contra la propiedad
- 9.5.12.3.    Contra las personas
- 9.5.12.4.    Otros (víctimas de delitos)

