

HOJA DE INVESTIGACIÓN: ESTRANGULACIÓN / ASFIXIA

NOMBRE DE LA AGENCIA

INFORMACIÓN DE VÍCTIMA/AGRESOR/TESTIGO

NÚMERO DE REPORTE:

Nombre de la víctima:

Fecha de nacimiento:

Nombre del agresor:

Fecha de nacimiento:

Relación:

Duración de la relación:

Estado civil:

Historial de Violencia Doméstica:

¿Existe una orden de restricción? Si No

Si es así, fecha de emisión:

Corte:

¿Quién estuvo presente durante el incidente?

¿Con quién ha hablado, mandado mensaje o discutido sobre el incidente?

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Fue transportada la víctima al hospital? Si No Rechazo Apoyo Transporte:

Nombre del Hospital:

Médico Profesional:

¿Se obtuvo una autorización médica? Si No ¿Esta embarazada la víctima? Si No Semanas de embarazo:

¿Visitas recientes al hospital, sala de emergencias o atención de urgencia?

CONDUCTA Y METODO DE ESTRANGULACIÓN / ASFIXIA

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA: Una Mano (D o I) Dos Manos Antebrazo Rodilla/Pie Detención con Estrangulación
Ligadura Objeto sobre Nariz y Boca (Objeto o Manual) Presión al Pecho/Abdomen Otro:

Describir:

Tiempo que la víctima fue estrangulada/asfixiada: Seg. Min. No Sé ¿Múltiples ocasiones? Si No Tiene dolor actualmente? Si No

Describir:

¿Sufrió alguna sacudida simultánea durante la estrangulación? Si No No Sé ¿Sufrió algún golpe a la cabeza? Si No No Sé

Presión aplicada en el cuello/nariz/boca. Seleccione (1=Débil - 10=Muy Fuerte): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Grado del dolor experimentado durante la estrangulación/asfixia. Seleccione (1=Débil - 10=Muy Fuerte): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Perdió el conocimiento? Si No No Sé ¿Ha habido incidentes previos de estrangulamiento/asfixia? Si ¿Cuántas veces? No

Describir:

RESPIRACION DE LA VICTIMA:

¿Hubo un momento en que no podía hablar o gritar mientras la estrangulaban? Si No ¿Tuvo dificultad para respirar? Si No

Describe su habilidad para respirar. Seleccione uno (1=Normal-10=Incapaz de respirar): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Dolor al respirar? Si No ¿Respiración superficial? Si No ¿Aclararse la garganta? Si No ¿Respiración acelerada? Si No

¿Algún otro cambio en su respiración? Si No Describe:

PROPÓSITO/ESTADO MENTAL DEL AGRESOR

¿Qué dijo el agresor durante/después del ataque?

¿Que pensabas que te podía ocurrir?

¿Por que se detuvo el ataque?

Describe el comportamiento y las expresiones faciales del agresor durante el ataque:

INVESTIGACIÓN/ESCENA DEL CRIMEN/DEFENSA

Evaluación de letalidad/riesgo/peligro completada

Examen forense completado por un enfermero forense

¿Tiene el agresor acceso a armas de fuego? Si No Ubicación de armas:

¿Armas decomisadas?

Fotografías de todas las lesiones y evidencia física: Víctima Sospechoso Escena(s). Tomadas por:

Grabaciones de audio de todas las entrevistas

Grabación de cámara corporal

Recopilación de evidencia (ligadura, arma, ropa sucia, videos de vigilancia, mensajes de celular/grabaciones de voz, etc.

Detective notificado:

Defensor de víctimas notificado:

Folletos de Violencia Doméstica/Crisis/Información de Referencia proporcionada a la víctima

strangulationtraininginstitute.com | institute@allianceforhope.com | (888) 511-3522

Este proyecto es apoyado total o parcialmente por Beca No. 2016-TA-AX-K067 otorgada por la Oficina de Violencia contra la Mujer, Departamento de Justicia de los Estados Unidos. Las opiniones, hallazgos, conclusiones y recomendaciones expresados en esta publicación/programa/exposición son las de los autor(es) y no reflejan necesariamente los puntos de vista del Departamento de Justicia, Oficina de Violencia contra la Mujer.



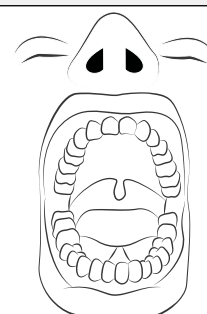
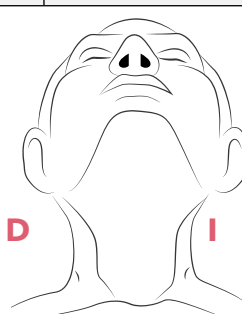
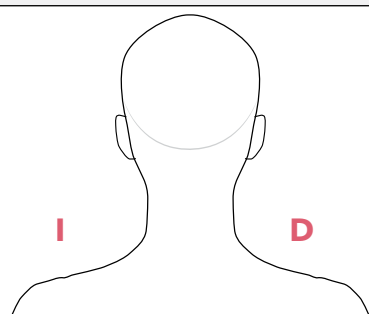
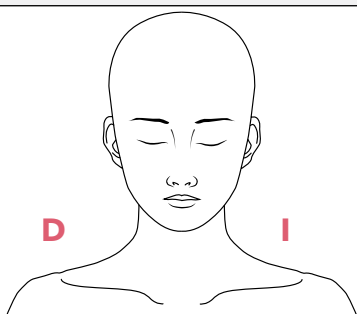
SÍNTOMAS

SÍNTOMAS	DURANTE	DESPUÉS	INCIERTO	NO	DESCRIPCIÓN
Dolor de cabeza					
Mareos/Sensación de desmayo					
Desorientada					
Perdida o cambios en la visión					
Perdida o cambios en la audición					
Voz áspera o ronca					
Dificultad para hablar					
Incapaz de hablar					
Dolor al tragar					
Dificultad al tragar					
Dolor de garganta					
Dolor de cuello					
Toz					
Nausea					
Vómitos/arcadas					
Dolor físico					
*Involuntary Urination					
*Involuntary Defecation					
Other					

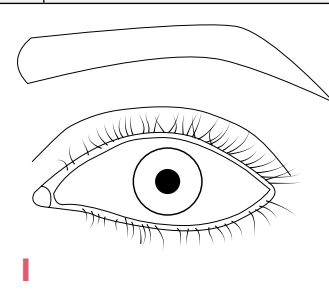
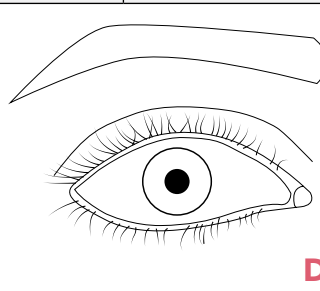
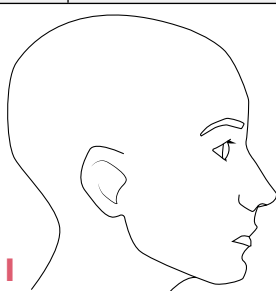
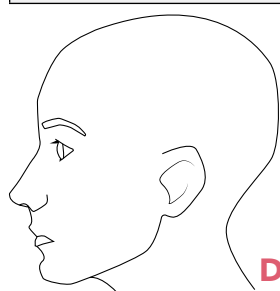
*¿Lleva la víctima la misma ropa que llevaba puesta durante el ataque? ¿Se cambiaron de ropa?

SIGNOS VISIBLES

CUELLO	CABEZA
Enrojecimiento o moretones. Ubicación:	Golpes Cabello jalado
Rasguños o abrasiones: Marcas de impresión. Ubicación:	Petequias en cuero cabelludo Cabello faltante
Marcas de ligadura Petequias Ubicación:	Rasguños/abrasiones Laceración(es)
Describe:	Describe:



PECHO	HOMBROS	DEBAJO DE LA BARBILLA	BOCA
Enrojecimiento o moretones	Enrojecimiento o moretones	Enrojecimiento o moretones	Labios hinchados
Rasguños/Abrasiones	Rasguños/Abrasiones	Rasguños/Abrasiones	Abrasiones/Laceraciones
Laceración(es)	Laceración(es)	Laceración(es)	Lengua hinchada
Describe:	Describe:	Describe:	Petequias (paladar)



ROSTRO	OREJAS	NARIZ	OJOS Y PÁRPADOS
Enrojecimiento o rubor	Hinchazón	Rasguños/Abrasiones	Petequias en ojo(s) Derecha Izquierda
Rasguños/Abrasiones	Moretones	Hinchazón	Petequias en párpado(s) Derecha Izquierda
Petequias	Petequias Derecha Izquierda	Fractura nasal	Sangrado en globo ocular(es) Derecha Izquierda
Moretones	Sangrado de oído(s) Derecha Izquierda	Petequias	Fractura orbitaria(s) Derecha Izquierda