

Formulario de Contacto Personal

Número del Especialista de Violencia Domestica:
Localidad / Comunidad: _____

Número del Caso:
Edad la mujer: _____

1. Sitio de Contacto:

Hogar



Trabajo



Autobús



Salón de Belleza



Albergue



Parque



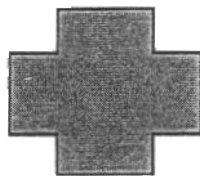
Iglesia



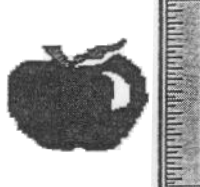
Tienda



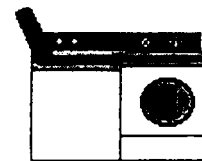
Clínica



Escuela



Lavandería



2. ¿Usa su esposo / novio / compañero alcohol o drogas?

Sí _____ No _____



3. ¿Durante el último año, ha sido Ud. maltratada físicamente (golpes, patadas, bofetadas) por otra persona?

Sí _____ No _____

¿Quién la maltrata es:

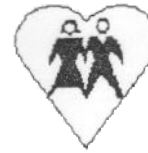
Esposo



Ex-esposo



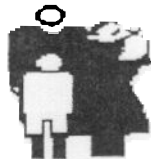
Novio



Compañero



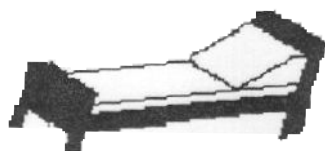
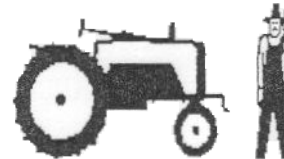
Pariente



Extraño



Patrón



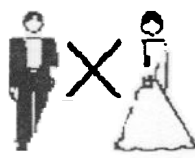
4. ¿Ha sido Ud. forzada a tener relaciones sexuales en el último año? Sí _____ No _____

¿Quién la obligó?

Esposo



Ex-esposo



Novio



Compañero



Pariente



Extraño



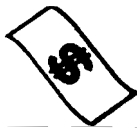
Patrón



5. ¿ Tiene Ud. miedo de su esposo, novio, compañero, ex-esposo, pariente, ú otra persona mencionada anteriormente?

Sí No

¿Ha preparado un plan para escaparse?



Dinero _____



Preparación de ropa/male-
tas _____



Otro lugar seguro _____



Preparación de documentos _____



Niños/Familia _____



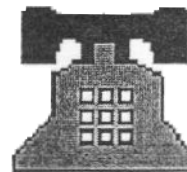
Llave del carro _____



Transportación _____



Número de teléfono de:



Albergue _____
La policía _____
Número de taxi _____
Otros números de
emergencia _____

National Domestic Violence Hotline
Number: 1-800-799-7233