

## MIGRANT CLINICIANS NETWORK

### Evaluation for Physical Abuse

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 Marital Status: S M D W Sep  
                     Cohabiting \_\_\_\_\_  
 Ethnic Origin: \_\_\_\_\_

Place of Birth: \_\_\_\_\_  
 Migrant or Permanent: \_\_\_\_\_  
 Pregnant: Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 Number of months in pregnancy: \_\_\_\_\_

1. Does your husband/boyfriend/companion use alcohol or drugs? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 If the answer is yes, does your husband/boyfriend/companion abuse you when he is drunk or using drugs? Yes \_\_\_ No \_\_\_

2. During the last year, have you been physically abused (hit, kicked, pushed) by another person?  
 Yes \_\_\_ No \_\_\_

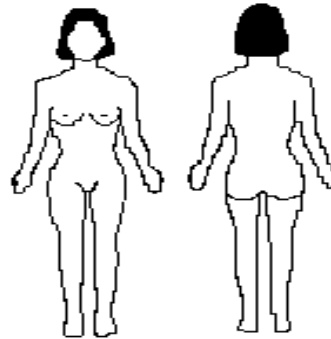
If the answer is Yes, the person who abused you was:

HUSBAND      BOYFRIEND      COMPANION      EX-HUSBAND  
 RELATIVE      OTHER

Total number of occasions: \_\_\_\_\_ When was the last time you were hurt? \_\_\_\_\_

Mark on the drawing the areas injured. Next to each injury mark the appropriate scale:

- 1=threats, including threats with weapons
- 2=slaps, pushes, bruises or injuries with prolonged color, pulling the hair
- 3=punching, kicking, bruises or injuries with prolonged color, attempted strangulation
- 4=hitting, severe bruises, burns, broken bones
- 5=head injuries, internal injuries, broken bones
- 6=injuries with the use of weapons



3. Have you been forced to have sexual relations in the last year? Yes \_\_\_ No \_\_\_

If the answer is yes, with whom?

HUSBAND      BOYFRIEND      COMPANION      EX-HUSBAND  
 RELATIVE      OTHER

Total number of occasions: \_\_\_\_\_ When was the last time you were forced? \_\_\_\_\_

4. Are you afraid of your husband/boyfriend/companion/relative, or other person threatening you?  
 Yes \_\_\_ No \_\_\_ If yes, do you need help?

This form was developed by Judith McFarlane, College of Nursing, Texas Woman's University, Houston, Texas. The form was adapted by the Migrant Clinicians Network for use in a migrant health center setting and used with permission. This form may be duplicated if needed. For more information, please contact MCN at PO Box 164285, Austin, Texas 78716, (512)327-2017, fax(512)327-0719.

# MIGRANT CLINICIANS NETWORK

## Evaluación Sobre Abuso Físico

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: S \_\_\_ C \_\_\_ D \_\_\_ V \_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_

¿Dónde nació?: \_\_\_\_\_  
Migratorio: Sí: \_\_\_ No \_\_\_  
Embarazada: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Número de meses del embarazo: \_\_\_\_\_

1. ¿Usa su esposo/novio/compañero alcohol o drogas? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Si su esposo/novio/compañero usa alcohol o drogas, ¿La ha maltratado cuando el está borracho o drogado?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_

2. ¿Durante el último año, ha sido usted maltratada físicamente (golpes, patadas, bofetadas) por otra persona?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_

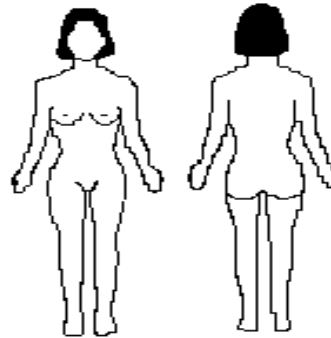
¿Quién la ha maltratado?:

ESPOSO            NOVIO            COMPAÑERO            EX-ESPOSO  
EXTRAÑO            OTROS

¿Aproximadamente cuántas veces ha sido maltratada?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última vez que Ud. fue maltratada? \_\_\_\_\_

Marque en el cuerpo las partes de su cuerpo golpeadas. Apunte cada incidente según la siguiente escala:

- 1=amenazas, incluyendo amenazas con armas
- 2=bofetadas, empujones, heridas o moretones, estirón de pelo
- 3=puñetazos, patadas, moretones o heridas, intentos de ahorcarla
- 4=golpes, heridas severas, quemaduras, huesos quebrados
- 5=heridas en la cabeza, heridas internas, daños permanentes
- 6=heridas por el uso de armas



3. ¿Ha sido Ud. forzada a tener relaciones sexuales durante el último año?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si su respuesta es afirmativa ¿quién la obligó?

ESPOSO            NOVIO            COMPAÑERO            EX-ESPOSO  
EXTRAÑO            OTROS

¿Aproximadamente cuántas veces ha sido maltratada?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última vez que Ud. fue forzada a tener relaciones sexuales? \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene Ud. miedo a su esposo, novio, compañero, ex-esposo, pariente, o otra persona mencionada anteriormente? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si contestó afirmativamente, ¿necesita ayuda?