



Servicio Público  
Provincial de  
Defensa penal

PLANILLA PARA EL REGISTRO PROVINCIAL DE CASOS DE TORTURA Y MALOS TRATOS

## POLICÍA

De acuerdo al artículo 17 inc. 2 de la Ley 13.014 es obligación del Servicio Público Provincial de Defensa Penal, organizar y mantener actualizado el Banco de Datos de acceso público sobre afectaciones a los Derechos Humanos. En particular en cuanto se refiere a la situación de los establecimientos donde se mantengan personas sometidas a encierro.

N° DE CASO: \_\_\_\_\_

### 1-Datos de la VÍCTIMA

1Nombre y Apellido .....		2Nacionalidad:.....	
1 <input type="checkbox"/> Masculino	2 <input type="checkbox"/> Femenino	4 Identidad de Género: .....	5Edad (Años cumplidos )__ __
6Dirección de residencia.....		12Ciudad.....	
7Sabe leer y escribir? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		8¿Poseía empleo antes de la detención? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	
9¿Se encuentra en situación de calle? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No			
10Situación Judicial detenido 1 <input type="checkbox"/> Procesado 2 <input type="checkbox"/> Condenado 9 <input type="checkbox"/> No corresponde			
Máximo NIVEL EDUCATIVO alcanzado			
1 <input type="checkbox"/> Sin instrucción	4 <input type="checkbox"/> Secundario incompleto	7 <input type="checkbox"/> Terciario completo	
2 <input type="checkbox"/> Primario incompleto	5 <input type="checkbox"/> Secundario completo	8 <input type="checkbox"/> Universitario incompleto	
3 <input type="checkbox"/> Primario completo	6 <input type="checkbox"/> Terciario incompleto	9 <input type="checkbox"/> Universitario completo	

### 2- ¿En qué CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL sucedió el hecho?

1 <input type="checkbox"/> Santa Fe	3 <input type="checkbox"/> Venado Tuerto	5 <input type="checkbox"/> Rafaela
2 <input type="checkbox"/> Rosario	4 <input type="checkbox"/> Vera	
Ciudad donde ocurrió el hecho _____		

### 3- FUERZAS identificados como VICTIMARIOS

1 <input type="checkbox"/> Policía Provincial	4 <input type="checkbox"/> Prefectura	7 <input type="checkbox"/> Fuerzas Especiales
2 <input type="checkbox"/> Policía Federal	5 <input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas	9 <input type="checkbox"/> Otros. Cuál?
3 <input type="checkbox"/> Gendarmería	6 <input type="checkbox"/> Cuerpos Municipales	

### 4- ¿Tiene CONTACTO REGULAR con las Fuerzas Policiales y/o de Seguridad de la vía pública?

1 <input type="checkbox"/> Si	2 <input type="checkbox"/> No
5.1- Indagar sobre prácticas policiales en el territorio	

### 5- ¿Hay OTRAS VÍCTIMAS vinculadas al hecho?

1 <input type="checkbox"/> Si	2 <input type="checkbox"/> No
6.1- Especificar cuántas, quiénes, y si también fueron entrevistadas	

### 6- ¿En qué MOMENTO de la situación de privación de la libertad fue víctima de tortura y/o maltrato?

En el PRIMER CONTACTO con la fuerza interviniente	1 <input type="checkbox"/> Pasa a Pregunta 7
En el momento de TRASLADO ENTRE DEPENDENCIAS	2 <input type="checkbox"/> Pasa a Pregunta 8
Mientras estuvo ALOJADO	3 <input type="checkbox"/> Pasa a Pregunta 9

**7- PRIMER CONTACTO CON LA FUERZA DE SEGURIDAD INTERVINIENTE**

7.1 CIRCUNSTANCIA Y/O PROCEDIMIENTO donde se produjo el hecho de violencia institucional	
<input type="checkbox"/> 1 Allanamiento	<input type="checkbox"/> 4 Control vehicular
<input type="checkbox"/> 2 Durante la aprehensión y/o detención	<input type="checkbox"/> 5 Protesta social
<input type="checkbox"/> 3 Control población (incluye detención por averiguación de identidad)	<input type="checkbox"/> 6 Durante el traslado hasta la 1° dependencia
<input type="checkbox"/> 7 Otro. Especificar.....	
7.2 ARMADO DE CAUSA	
<input type="checkbox"/> 1 No	
<input type="checkbox"/> 2 Si →	<input type="checkbox"/> 1 Resistencia a la autoridad
	<input type="checkbox"/> 2 Atentado
	<input type="checkbox"/> 3 Otro Especificar: _____

**CONTINÚA EN P10 → TIPO DE AGRESIONES FÍSICAS****8- TRASLADO ENTRE DEPENDENCIAS**

<b>8.1</b> Extensión indebida de tiempo de traslado.	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 2 No	Tiempo en horas _____
<b>8.2</b> Traslados constantes	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 2 No	

**CONTINÚA EN P11 → TIPO DE AGRESIONES FÍSICAS****9- ALOJAMIENTO**

9.1- DETENCIÓN	
<input type="checkbox"/> 1 Fecha de detención ___/___/___	<input type="checkbox"/> 1 Fecha de libertad ___/___/___
<input type="checkbox"/> 7 Horario de detención _____hs	<input type="checkbox"/> 7 Horario de libertad _____hs
<input type="checkbox"/> 2 n Tiempo total de detención: _____ hs _____ días _____ meses.	
Motivo de la detención:	
<input type="checkbox"/> 1 Orden de detención	<input type="checkbox"/> 4 Resistencia a la autoridad o a ser identificado
<input type="checkbox"/> 2 Averiguación de Identidad (Art 10 Bis)	<input type="checkbox"/> 7 Otro. Especificar _____
<input type="checkbox"/> 3 Flagrancia	

9.2- Situación de VIOLENCIA INSTITUCIONAL	
<input type="checkbox"/> 1 Lugar donde ocurrió el hecho de V.I. _____	<input type="checkbox"/> 2 Comisaría N.º: _____
<input type="checkbox"/> 3 Ciudad _____	

9.3 Violencia Institucional por CONDICIONES DE DETENCIÓN	
<input type="checkbox"/> 1 Aislamiento. Horas por día en celda _____ hs	<input type="checkbox"/> 2 Incomunicación → N° de horas incomunicado _____

<b>9.4 Falta o deficiente asistencia a la salud</b> <input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO
---

9.5 Tipo de deficiencias en la asistencia a la salud		
<input type="checkbox"/> 1 No le realizan revisión clínica	<input type="checkbox"/> 4 No le informan resultados	<input type="checkbox"/> 7 No le dan alimentación especial
<input type="checkbox"/> 2 No le realizan las curaciones	<input type="checkbox"/> 5 No le realizan tratamientos	<input type="checkbox"/> 99 Otros>> Especificar:
<input type="checkbox"/> 3 No le realizan los estudios	<input type="checkbox"/> 6 No le entregan medicamentos	

9.6 Falta o deficiente alimentación  SI  NO

9.7 Desvinculación Familiar  SI  NO

**9.8 Motivos de desvinculación Familiar**

<input type="checkbox"/> Distancia	<input type="checkbox"/> Porque le niegan el ingreso
<input type="checkbox"/> Por maltrato en las requisas familiares	<input type="checkbox"/> Otros>> Especificar _____

9.9- Cantidad de celdas: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de detenidos por celda \_\_\_\_\_

**CONTINÚA EN P10 → TIPO DE AGRESIONES FÍSICAS**

**COMPLETAR EN TODOS LOS CASOS. REGISTRAR EN EL CASILLERO QUE CORRESPONDA  
 SEGÚN EL MOMENTO EN QUE SUFRIÓ EL ABUSO/ MALTRATO/ TORTURA**

10-Tipo de Agresiones Físicas	(7) Primer contacto	(8) Traslado	(9) Alojamiento
Golpe/s de puño	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>
Patada/s	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>
Pisotón/es	73 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/>
Lo tiran al piso	74 <input type="checkbox"/>	84 <input type="checkbox"/>	94 <input type="checkbox"/>
Lo arrastran por el suelo	75 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	95 <input type="checkbox"/>
Puntazo/s corte/s	76 <input type="checkbox"/>	86 <input type="checkbox"/>	96 <input type="checkbox"/>
Asfixia/ ahorcamiento	77 <input type="checkbox"/>	87 <input type="checkbox"/>	97 <input type="checkbox"/>
Cachetazos	78 <input type="checkbox"/>	88 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
Empujones	79 <input type="checkbox"/>	89 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
Aplastamiento	710 <input type="checkbox"/>	810 <input type="checkbox"/>	900 <input type="checkbox"/>
Abuso sexual	711 <input type="checkbox"/>	811 <input type="checkbox"/>	911 <input type="checkbox"/>
Submarino seco	712 <input type="checkbox"/>	812 <input type="checkbox"/>	912 <input type="checkbox"/>
Submarino húmedo	713 <input type="checkbox"/>	813 <input type="checkbox"/>	913 <input type="checkbox"/>
Submarino ruso	714 <input type="checkbox"/>	814 <input type="checkbox"/>	914 <input type="checkbox"/>
Otros: ¿Cuáles?	777 _____	877 _____	977 _____

11-¿Qué objetos fueron utilizados?	7	8	9		7	8	9
Bala de goma	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>	Sogas/ cintos	75 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	95 <input type="checkbox"/>
Bala de plomo	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>	Pistola táser	76 <input type="checkbox"/>	86 <input type="checkbox"/>	96 <input type="checkbox"/>
Bolsa plástica	73 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/>	Palos/varillas	77 <input type="checkbox"/>	87 <input type="checkbox"/>	97 <input type="checkbox"/>
Esposas	74 <input type="checkbox"/>	84 <input type="checkbox"/>	94 <input type="checkbox"/>	Picana	88 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>	108 <input type="checkbox"/>
Otro. Especificar _____	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>				

12- ¿Bajo qué postura ocurrió la agresión?	7	8	9		7	8	9
En el piso	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>	Sin ropa	75 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	95 <input type="checkbox"/>
De espaldas	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>	Con ojos /cabeza tapada	76 <input type="checkbox"/>	86 <input type="checkbox"/>	96 <input type="checkbox"/>
De rodillas	73 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/>	Otra	75 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	95 <input type="checkbox"/>
Con esposas/ ataduras	74 <input type="checkbox"/>	84 <input type="checkbox"/>	94 <input type="checkbox"/>	Especificar			

<b>13- Tuvo lesiones físicas</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
----------------------------------	---



<b>14-Tipos de lesiones físicas:</b> _____
--

<b>15-Recibió asistencia médica</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-------------------------------------	---

<b>16-Requisa personal vejatoria</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Exposición del cuerpo desnudo- total/parcial	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>	Reiteración de inspecciones	75 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	95 <input type="checkbox"/>
Intervención de personal de otro género	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>	Agresiones físicas	76 <input type="checkbox"/>	86 <input type="checkbox"/>	96 <input type="checkbox"/>
Imposición de posturas humillantes	73 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/>	Especificar			
Cacheo	74 <input type="checkbox"/>	84 <input type="checkbox"/>	94 <input type="checkbox"/>				
Otros	70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/>	90 <input type="checkbox"/>				

<b>17-Robo/Daño de pertenencias</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Si	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>
No	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>

<b>17.1-Tipo de pertenencias robadas</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Dinero	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>	Objetos de valor personal	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>
Indumentaria	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>	Documentación	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>
Calzado	73 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/>	Bijouterie	78 <input type="checkbox"/>	88 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
Cigarrillos	74 <input type="checkbox"/>	84 <input type="checkbox"/>	94 <input type="checkbox"/>	Especificar			
Vehículo/Moto	70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/>	90 <input type="checkbox"/>				
Otros	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>				

<b>18-Amenazas</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Si	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>
No	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>

<b>19-Finalidad de la amenaza</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Para que se incrimine/ incrimine a otros	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>	Para lograr sometimiento/obediencia	75 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	95 <input type="checkbox"/>
Para que no denuncie	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>	Para que de información	76 <input type="checkbox"/>	86 <input type="checkbox"/>	96 <input type="checkbox"/>
Para acallar reclamos/protestas	73 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/>	No sabe	79 <input type="checkbox"/>	89 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
Otros	70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/>	90 <input type="checkbox"/>	Especificar			

<b>19.1-Tipos de amenaza</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Muerte	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>	Agresiones físicas	75 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	95 <input type="checkbox"/>
Armado de causa	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>	Futuras detenciones	76 <input type="checkbox"/>	86 <input type="checkbox"/>	96 <input type="checkbox"/>
Agravamiento, malas condiciones de detención	73 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/>	Especificar			
Otros	70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/>	90 <input type="checkbox"/>				

<b>20 ¿Qué otros tipos de TORTURA o MALTRATOS PSICOLÓGICOS recibió?</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Agresiones verbales	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>	Coerción verbal	75 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	95 <input type="checkbox"/>
Requisa agravante a familiares	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>	Otros	76 <input type="checkbox"/>	86 <input type="checkbox"/>	96 <input type="checkbox"/>
Acoso	73 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/>	Especificar			
Humillación	74 <input type="checkbox"/>	84 <input type="checkbox"/>	94 <input type="checkbox"/>				

<b>21- ¿Realizó/realizará la DENUNCIA?</b>		
<input type="checkbox"/> SI la realicé. » Ante quién? _____	SI la realizaré. » Ante quién? _____	Fue acompañado/a por su defensor? SI <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> NO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NO → (completar P21.1)		

21.1 ¿Por qué?		
21 <input type="checkbox"/> Empeorará su situación de detención	23 <input type="checkbox"/> La palabra del preso no vale	25 <input type="checkbox"/> No confía en jueces/fiscales
22 <input type="checkbox"/> El aparato judicial no persigue policías/penitenciarios/ operadores de Salud Mental	24 <input type="checkbox"/> Teme represalias	
99 <input type="checkbox"/> Otros>> Especificar: _____		

22- ¿Puede identificar el AUTOR de los hechos?	
1 <input type="checkbox"/> SI- → Cuántos? _____	
2 <input type="checkbox"/> NO → ( completar 23.1)	23.1 ¿Por qué? _____

**22.1-En caso de identificar, detallar (cargo, nombre, seudónimo, género, edad, características particulares)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**23- DESARROLLAR TODA LA INFORMACIÓN QUE SE CONSIDERE RELEVANTE PARA PROFUNDIZAR LA COMPRENSIÓN DEL HECHO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por la presente, en la localidad de \_\_\_\_\_, a los días \_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 20 \_\_, dejo constancia de haber sido informado por \_\_\_\_\_, que la finalidad que tiene la entrevista que mantendremos en el día de la fecha consiste en la toma de datos para el REGISTRO PROVINCIAL DE CASOS DE TORTURA creado por Resolución Provincial N° 5 del Servicio Público Provincial de Defensa Penal. Asimismo, aclaro que PRESTO/NO PRESTO mi conformidad para la toma de fotografías ilustrativas y para el uso de grabador a los fines de registrar la entrevista con el objeto de no perder detalles del relato que a continuación se desarrollará.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **ACLARACIÓN:** \_\_\_\_\_

**D.N.I.:** \_\_\_\_\_