



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.

Nº 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

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

CONTINÚA EN P11 → TIPO DE AGRESIONES FÍSICAS

9- ALOJAMIENTO

9.1- DETENCIÓN	
1 Fecha de detención ___/___/___	1 Fecha de libertad ___/___/___
<input type="checkbox"/> 7 Horario de detención _____hs	<input type="checkbox"/> 7 Horario de libertad _____hs
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	
1 Lugar donde ocurrió el hecho de V.I. _____	2 Comisaría N.º: _____
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 _____

9.4 Falta o deficiente asistencia a la salud <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			

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



14-Tipos de lesiones físicas: _____
--

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

16-Requisa personal vejatoria	7	8	9		7	8	9
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"/>				

17-Robo/Daño de pertenencias	7	8	9
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"/>

17.1-Tipo de pertenencias robadas	7	8	9		7	8	9
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"/>				

18-Amenazas	7	8	9
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"/>

19-Finalidad de la amenaza	7	8	9		7	8	9
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			

19.1-Tipos de amenaza	7	8	9		7	8	9
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"/>				

20 ¿Qué otros tipos de TORTURA o MALTRATOS PSICOLÓGICOS recibió?	7	8	9		7	8	9
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"/>				

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

