



Servicio Publico  
Provincial de  
Defensa penal

## PLANILLA PARA EL REGISTRO PROVINCIAL DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL SERVICIO PENITENCIARIO

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 ¿En qué FECHA sucedió el hecho?:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Utilizar formato (DD/MM/AAAA)

### 2 ¿En qué MOMENTO del día sucedió el hecho?

<input type="checkbox"/> 1 Madrugada (0 a 7 hs)	<input type="checkbox"/> 3 Siesta (12:01 a 16 hs)	<input type="checkbox"/> 5 Noche (20:01 a 24 hs)
<input type="checkbox"/> 2 Mañana (7:01 a 12 hs)	<input type="checkbox"/> 4 Tarde (16:01 a 20 hs)	<input type="checkbox"/> 99 NS/NC

### 3 ¿En qué UNIDAD PENAL sucedió el hecho?

<input type="checkbox"/> 1 Unidad 1 - Coronda	Complejo Penitenciario Rosario <input type="checkbox"/> 6 SUB1-ORDER <input type="checkbox"/> 7 SUB2-Mujeres Rosario <input type="checkbox"/> 8 SUB3-Varones	<input type="checkbox"/> 13 CERPJ (Ex IRAR)
<input type="checkbox"/> 2 Unidad 2 - Las Flores	<input type="checkbox"/> 9 Unidad 6	<input type="checkbox"/> 14 Unidad 16- Pérez
<input type="checkbox"/> 3 Unidad 2 - Las Flores Juvenil	<input type="checkbox"/> 10 Unidad 9 - Recreo	<input type="checkbox"/> 14 Sala Penitenciaria- Hospital Cullen
<input type="checkbox"/> 4 Unidad 3 - Rosario	<input type="checkbox"/> 11 Unidad 10 - Santa Felicia	
<input type="checkbox"/> 5 Unidad 4 - Mujeres Santa Fe	<input type="checkbox"/> 12 Unidad 11 - Piñero	

### 4 ¿En qué LUGAR sucedió el hecho de tortura o maltrato perpetrado por AGENTES DEL SERVICIO PENITENCIARIO? se puede seleccionar más de una opción de respuesta

<input type="checkbox"/> 1 Celda	<input type="checkbox"/> 4 Patio	<input type="checkbox"/> 7 Sanidad
<input type="checkbox"/> 2 Celda de aislamiento	<input type="checkbox"/> 5 Sector de Duchas	<input type="checkbox"/> 8 Pabellón
<input type="checkbox"/> 3 Pasillo	<input type="checkbox"/> 6 Baños	<input type="checkbox"/> 99 Otros>> Especificar: _____

### 5 ¿En qué CIRCUNSTANCIA sucedió el hecho de tortura o maltrato perpetrado por AGENTES DEL SERVICIO PENITENCIARIO? se puede seleccionar más de una opción de respuesta

<input type="checkbox"/> 1 Ingreso	<input type="checkbox"/> 65 Requisa de pabellones especial	<input type="checkbox"/> 99 Otros>>Especificar: _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 2 Actividades fuera del Pabellón	<input type="checkbox"/> 7 Reintegro al Pabellón	
<input type="checkbox"/> 3 Aislamiento preventivo (pabellón)	<input type="checkbox"/> 8 Durante riñas o motines	
<input type="checkbox"/> 4 Aislamiento en resguardo	<input type="checkbox"/> 9 Permanencia en el Pabellón	
<input type="checkbox"/> 5 Requisa de pabellones ordinaria	<input type="checkbox"/> 10 Durante un traslado	

### 6 ¿Qué tipo/s de TORTURA o MALTRATO recibió? se puede seleccionar más de una opción de respuesta

<input type="checkbox"/> 1 Físicas (CONTINÚA EN P7)	<input type="checkbox"/> 2 Psicológicas (Pasa a P.9)	<input type="checkbox"/> 3 Otras afectaciones a los DD.HH (Pasa a P. 10)
---	--	--

**7 ¿Qué tipo/s de tortura o maltrato FÍSICO recibió?** se puede seleccionar más de una opción de respuesta

<input type="checkbox"/> 1 Golpe	<input type="checkbox"/> 7 Picana	<input type="checkbox"/> 13 Gas pimienta
<input type="checkbox"/> 2 Golpiza	<input type="checkbox"/> 8 Quemadura	<input type="checkbox"/> 14 Bala de goma
<input type="checkbox"/> 3 Submarino seco	<input type="checkbox"/> 9 Pata-pata	<input type="checkbox"/> 15 Engrillamiento
<input type="checkbox"/> 4 Submarino húmedo	<input type="checkbox"/> 10 Ducha/manguera de agua fría	<input type="checkbox"/> 16 Caminar arrodillado
<input type="checkbox"/> 5 Submarino ruso	<input type="checkbox"/> 11 Violencia sexual/ vejación sexual	<input type="checkbox"/> 99 Otros»Especificar_____
<input type="checkbox"/> 6 Puntazo/cortes	<input type="checkbox"/> 12 Cortes de pelo	_____

**8 ¿Las lesiones físicas fueron CONSTATADAS MÉDICAMENTE?**

1 SI (Pasa a P8.1)     2 NO (Pasa a P9)

**8.1 En la entrevista con el médico, ¿estuvo presente algún agente de seguridad?**     1 SI     2 NO

**9 ¿Qué tipo/s de TORTURA o MALTRATO PSICOLÓGICO recibió?** Se puede seleccionar más de una opción de respuesta

<input type="checkbox"/> 1 Impedimento de vinculación familiar	<input type="checkbox"/> 4 Requisa agravante a familiares	<input type="checkbox"/> 7 Requisa personal agravante
<input type="checkbox"/> 2 Amenazas	<input type="checkbox"/> 5 Humillación	<input type="checkbox"/> 99 Otros>> Especificar:_____
<input type="checkbox"/> 3 Acoso	<input type="checkbox"/> 6 Coerción verbal	_____

**10 ¿Qué OTROS tipos de TORTURA o MALTRATO recibió?** se puede seleccionar más de una opción de respuesta

<input type="checkbox"/> 1 Armado de causas		
<input type="checkbox"/> 11 NO		
<input type="checkbox"/> 12 SI	→ <input type="checkbox"/> 121 Resistencia a la autoridad	
	→ <input type="checkbox"/> 122 Atentado	
	→ <input type="checkbox"/> 99 Otro» Especificar_____	
<input type="checkbox"/> 2 Falta de recepción de denuncias	<input type="checkbox"/> 3 Exigencias indebidas de dinero	
<input type="checkbox"/> 4 Robo / daño de pertenencias (seleccionar a continuación las pertenencias robadas o dañadas)		
Tipo de pertenencias robadas / dañadas:		
<input type="checkbox"/> 441 Dinero	<input type="checkbox"/> 445 Objetos de valor personal	<input type="checkbox"/> 448 Cigarrillos
<input type="checkbox"/> 442 Indumentaria	<input type="checkbox"/> 446 Documentación	<input type="checkbox"/> 999 Otros>>Especificar:_____
<input type="checkbox"/> 443 Calzado	<input type="checkbox"/> 447 Bijouterie	
<input type="checkbox"/> 5 Falta o deficiente asistencia a la salud		
Tipo de deficiencias en la asistencia a la salud		
<input type="checkbox"/> 111 No le realizan revisión clínica	<input type="checkbox"/> 114 No le informan resultados	<input type="checkbox"/> 117 Falta de atención a grupos de riesgo
<input type="checkbox"/> 112 No le realizan las curaciones	<input type="checkbox"/> 115 No le realizan tratamientos	<input type="checkbox"/> 118 Incumplimiento de dieta especial
<input type="checkbox"/> 113 No le realizan los estudios	<input type="checkbox"/> 116 No le entregan medicamentos	<input type="checkbox"/> 999 Otros>>Especificar:_____
<input type="checkbox"/> 6 Sanciones administrativas fraudulentas	<input type="checkbox"/> 7 Prisión preventiva superior a tres (3) años	<input type="checkbox"/> 8 Demoras indebidas en la tramitación de derechos
<input type="checkbox"/> 9 Traslados gravosos	<input type="checkbox"/> 10 Traslados constantes	

**11 ¿Ha tomado alguna MEDIDA DE FUERZA?**

2 NO

1 SI >>    13.1 ¿Qué TIPO de MEDIDA DE FUERZA tomó?

<input type="checkbox"/> 1 Huelga de hambre líquida	<input type="checkbox"/> 4 Ingesta de elementos no consumibles	<input type="checkbox"/> 7 Revuelta o motín
<input type="checkbox"/> 2 Huelga de hambre sólida	<input type="checkbox"/> 5 Negativa a recibir alimentos	<input type="checkbox"/> 8 Rechazo de medicación
<input type="checkbox"/> 3 Autolesiones	<input type="checkbox"/> 6 Provocación de incendios	<input type="checkbox"/> 99 Otros>>Especificar:_____

### 12 ¿Quién/es fue/ron el/los AUTOR/ES? se puede seleccionar más de una opción de respuesta. (RM)

<input type="checkbox"/> 1 Personal Traslado	<input type="checkbox"/> 5 Celadores	<input type="checkbox"/> 99 Otros>> Especificar: _____
<input type="checkbox"/> 2 Personal de Requisa	<input type="checkbox"/> 10 Médico	
<input type="checkbox"/> 3 Grupos Especiales	<input type="checkbox"/> 11 Psiquiatra	
<input type="checkbox"/> 4 Enfermero	<input type="checkbox"/> 12 Psicólogo	

### 13 ¿Cuál es el NOMBRE del AUTOR?

1 _____	<input type="checkbox"/> 2 No lo vio	<input type="checkbox"/> 77 NS/NC
---------	--------------------------------------	-----------------------------------

### 14 ¿Cuál es el SEXO del AUTOR?

<input type="checkbox"/> 1 Varón	<input type="checkbox"/> 2 Mujer	<input type="checkbox"/> 77 NS/NC
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

### 15 ¿Poseía/n PLACA de IDENTIFICACIÓN?

<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO	<input type="checkbox"/> 77 NS/NC
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

### 16 Puede IDENTIFICARLO de OTRA FORMA?

<input type="checkbox"/> 1 SI ¿Cómo? Especificar: _____
<input type="checkbox"/> 2 NO

### 17 ¿Realizó/realizará la DENUNCIA?

<input type="checkbox"/> 1 SI ya la realizó» Ante quién _____	<input type="checkbox"/> 1 SI la realizará» Ante quién _____	
<input type="checkbox"/> 2 NO → ¿Por qué?		
<input type="checkbox"/> 21 Empeorará su situación de detención	<input type="checkbox"/> 23 La palabra del preso no vale	<input type="checkbox"/> 25 No confía en jueces/fiscales
<input type="checkbox"/> 22 El aparato judicial no persigue policías/penitenciarios/ operadores de Salud Mental	<input type="checkbox"/> 24 Teme represalias	<input type="checkbox"/> 99 Otros>> Especificar:_____

### 18 ¿Quién COMUNICA? seleccionar una única opción de respuesta (RM)

<input type="checkbox"/> 1 Testigo	<input type="checkbox"/> 3 Víctima	<input type="checkbox"/> 2 Familiar / amigo
<input type="checkbox"/> 4 Otras organizaciones>>Especificar:_____		
<b>DATOS DE CONTACTO:</b>		
Apellido y Nombre: _____		
Domicilio: _____		
Teléfonos: _____		
DNI: _____		

### 19 Datos de la VÍCTIMA

1Nombre y Apellido .....		2Nacionalidad:.....	
<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="checkbox"/> 2 Femenino	4 Identidad de Género .....	5Edad de la VÍCTIMA (Años cumplidos) .....
6Dirección de residencia.....		7Sabe leer y escribir? <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No	
8¿Poseía empleo antes de la detención? <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No		Registrado? <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No	

9 ¿Posee DNI?      1 <input type="checkbox"/> Si    2 <input type="checkbox"/> No      10 N° DNI/ matrícula: .....		
11 Máximo NIVEL EDUCATIVO alcanzado de la VÍCTIMA:		
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

<b>20 Datos del RESPONSABLE de la planilla:</b>	
Nombre y Apellido del Responsable de la planilla: .....	¿Fecha de CONFECCIÓN? _/_/_/____ (DD/MM/AAAA).

<b>21 DEPENDENCIA Institucional del RESPONSABLE de la planilla</b>		
1 <input type="checkbox"/> Defensor	3 <input type="checkbox"/> Funcionarios de la defensa	5 <input type="checkbox"/> Contratados del SPPDP
2 <input type="checkbox"/> Equipo del Registro	4 <input type="checkbox"/> Empleados del SPPDP	6 <input type="checkbox"/> Pasantes del SPPDP
99 <input type="checkbox"/> Otros >> Especificar:.....		

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

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA**

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.:** \_\_\_\_\_