

Evaluación de La Violencia Doméstica

1. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿alguien le ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado en cualquier forma física? SI NO

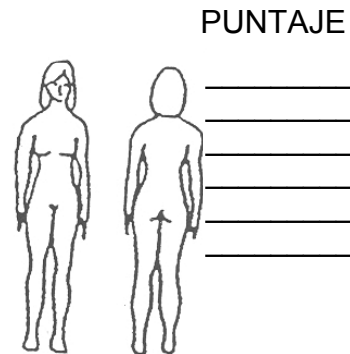
¿Si? ¿Quién lo hizo? _____
¿Cuántas veces en total? _____

2. DESDE QUE EMPEZÓ SU EMBARAZO, ¿alguien le ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado en cualquier forma física? SI NO

¿Si? ¿Quién lo hizo? _____
¿Cuántas veces en total? _____

USE EL DIAGRAMA DEL CUERPO PARA MARCAR LAS ÁREAS LASTIMADAS.
CALIFIQUE CADA INCIDENTE SEGÚN LA SIGUIENTE ESCALA:

- 1 = Amenazas de abuso, inclusive el uso de armas
- 2 = Bofeteadas, empujones; sin lesiones ni dolor persistente
- 3 = Puños, patadas, moretes, cortadas, o dolor persistente
- 4 = Golpizas, contusiones serias, quemadas, huesos rotos
- 5 = Traumatismo craneal, lesiones internas, daños permanentes
- 6 = Uso de armas; heridas por arma



Si alguna de las descripciones se aplica a un número más alto, use el número más alto.

3. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿alguien le ha forzado a tener actividades sexuales? SI NO

¿Si? ¿Quién lo hizo? _____
¿Cuántas veces en total? _____

4. ¿Alguna vez ha recibido abuso físico o emocional por parte de su pareja o de alguien importante para Ud? SI NO

¿Si? ¿Quién lo hizo? _____
¿Cuántas veces en total? _____

5. ¿Tiene Ud. miedo de su pareja o de alguien que haya mencionado arriba? SI NO

Source: Developed by the Nursing Research Consortium on Violence and Abuse

