



**Boleta de Control para la Atención a Personas Víctimas de
Violencia Sexual
Ministerio Público (Fiscalías)**

Número único	Nombre Profesional que atiende el caso	Oficina
Fecha ____/____/____ Día/mes/año	Hora inicio ____/____ Hora/Minutos	Hora final ____/____ Hora/Minutos

Datos de la persona atendida:	
1- Nombre:	
2- Sexo:	() Hombre () Mujer () Intersexual
3- Edad:	
4- Lugar del hecho:	Provincia: _____ País: _____
5- Nacionalidad:	() Costarricense () Otro, indique

ATENCIÓN	
6- Lugar donde se atendió por primera vez a la víctima: () Hospital/Clínica. () Oficina o Delegación del OIJ. () Departamento de Medicina Legal () Oficina del Ministerio Público. () Delegación de la Fuerza Pública. () Otro. Especifique:	
7- Lugar donde se tomó la denuncia: () Hospital/Clínica. () Oficina o Delegación del OIJ. () Departamento de Medicina Legal () Complejo Médico en San Joaquín. () Oficina del Ministerio Público. () Delegación de la Fuerza Pública. () Otro. Especifique:	
8- Indique si es un caso atendido por el ERRVV	() Sí () No
9- ¿Se le entregó a la víctima el kit de emergencia?	() Sí () No
10- Se solicitó y contó con	() No () Sí (en caso afirmativo a continuación marque por parte

acompañamiento profesional:	de cuales instancias):
☐ Departamento de Trabajo Social y Psicología (DTSP)	
☐ Oficina de Atención y Protección a la Víctima del Delito (OAPVD)	
☐ Trabajo Social C.C.S.S.	
☐ Trabajo Social del Patronato Nacional de la Infancia (PANI)	
11-Anote cualquier incidente que se haya presentado durante la atención de la víctima	

Actualizada al: 30 de setiembre de 2026.

Elaborado por:

Ingresado al sistema por:

Fecha: _____