PODER JUDICIAL

Boleta de Control para la atención a Personas Víctimas de Violencia Sexual

Oficina de Atención y Protección a la Víctima del Delito ( ).

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

Datos de la persona atendida:		
1- Nombre:	2- Número de cédula:	
3- Sexo:	( )Hombre ( )Mujer	
4- Edad:		
5- Fecha de Nacimiento:		
6- Lugar de nacimiento:	Provincia: _____ País:_____	
7- Nacionalidad:	( )Costarricense ( )Otro, indique:	
8- Estado Conyugal:	( )Soltera /o ( )Viuda/o ( )Casada/o ( )Divorciada/o ( )Unión libre ( )Separada/o	
9- Ocupación:		
10-Lugar donde vive	Provincia:_____Cantón:_____Distrito:_____ _____	
11-Número de teléfono de la víctima: _____ 12-Nombre y número de teléfono de Persona de Apoyo: _____ 13-Correo Electrónico Víctima: _____		
14-Escolaridad:	( )Sin Escolaridad ( )Técnico Completo ( )Primaria Incompleta ( )Universidad Incompleta ( )Primaria Completa ( )Universidad Completa ( )Secundaria Incompleta ( )Post-Grado ( )Secundaria Completa ( ) Dato Desconocido ( )Técnico Incompleto ( )Persona Ignorada	
15-Condición de vulnerabilidad:	Dificultad Motora.	( )Si ( )No
	Dificultad Cognitiva.	( )Si ( )No
	Dificultad Lingüística.	( )Si ( )No
	Dificultad Visual.	( )Si ( )No
	Dificultad Auditiva.	( )Si ( )No
	Persona privada de libertad	( )Si ( )No
	Persona en Situación de Calle o abandono.	( )Si ( )No

	Persona indígena	( )Si ( )No A continuación, indique el pueblo:
	Pueblo indígena	( )Bribrí ( )Brunca o Boruca ( )Cabécar ( )Chorotega ( )Huetar ( )Maleku o Guatuso ( )Ngöbe o Guaymí ( )Teribe o Térraba ( )De otro país
16-Idioma	( )Español	( )Otro, indiqué:

ATENCIÓN		
17-¿Ha sufrido la persona ofendida algún tipo de abuso sexual en el pasado?	( )Si ( )No	
18- ¿Hay vínculo de parentesco con el denunciado?	( )Si ( )No	
19-De acuerdo con el criterio médico ¿Fue violación?	( )Si ( )No	
20-Lugar donde se tomó la denuncia:	Especifique	
( ) 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.		
21-Indique si es un caso atendido por el ERRVV.	( )Si ( )No	
22-¿El personal del Departamento de Medicina Legal solicitó/ recomendó la aplicación de los antirretrovirales?	( )Si ( )No	
23-La persona ofendida recibió apoyo psicosocial, primeros auxilios psicológicos y/o acompañamiento durante todo el proceso.	( )Si ( )No	
24-¿Cuenta con seguro médico en Costa Rica?	( )Si ( )No	
25-¿Se le suministraron los antirretrovirales a la persona ofendida?	( )Si Indique el Periodo: ( )Primeras 24 horas ( )De las 24 a 48 horas ( )De las 48 a las 72 horas	( ) No. Porqué: ( )Han transcurrido más de 72 horas ( )No hay factores de riesgo.

		( )Existe contraindicación médica. ( )Manifestó su deseo de que no se le suministraran. ( )Diferencias entre criterios médicos (médico forense y medico clínico)
26-Personal que participó en la atención	Profesional en Trabajo Social o Psicología, Criminología, Sociología o Derecho	( )Si ( )No
	Personal Médico (Hospital/Clínica)	( )Si ( )No
	Médico Forense	( )Si ( )No
	Fiscal o Fiscala	( )Si ( )No
	Oficial del OIJ	( )Si ( )No
	Oficial Fuerza Pública	( )Si ( )No
	Representante PANI	( )Si ( )No
	Otro, especifique	
27-Se tomó la denuncia en cámara de Gesell (Para los lugares donde se cuenta con este recurso)	( )Si	( )No
28-Se practicó examen médico forense	( )Si	( )No
29-Indique la fecha y hora en que la persona ofendida manifiesta que ocurrieron los hechos denunciados.		_____/___/_____ Día/Mes/Año _____/_____ Hora/Minutos
30-Anote cualquier incidente que se haya presentado durante la atención de la víctima (Tiempos de espera de cada interviniente en el protocolo como OIJ, Fiscalía, Médico Forense, OAPVD, DTSP; la necesidad o no de realizarse traslados por personal judicial; tiempo de espera en centro de salud; deseos o no de interponer denuncia, instancia que activa el protocolo; interés de la víctima en servicios de acompañamiento y seguimiento).		

Elaborado por:
Profesional en Psicología ( )
Profesional en Trabajo Social ( )
Profesional en Criminología ( )
Profesional en Derecho ( )
*Lo anterior conforme acuerdo del Consejo Superior en Sesión N° 112-16 del 14 de diciembre de 2016, artículo XLVI.
Ingresado al sistema por:
Fecha:

Consentimiento informado

Yo_____, número de identificación_____, autorizo que la Contraloría de Servicios del Poder Judicial me contacte con el propósito de aplicar una encuesta sobre la calidad de los servicios recibidos por personal del Poder Judicial y otras instituciones públicas en el marco del Protocolo de Atención a Víctimas de Violación. La información será utilizada para evaluar y mejorar los procesos de atención y la calidad de los servicios brindados.

Preferencia respecto a la modalidad de entrevista, pudiendo elegir entre: Seleccione la modalidad de entrevista de su preferencia:

( ) Entrevista escrita mediante Forms (se remite por enlace al celular)
( ) Entrevista telefónica
( ) Se remitirá el enlace por correo electrónico

Mi número telefónico es:_____
Mi correo electrónico es:_____
Firma:_____
Fecha:_____

De conformidad con la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales, Ley N.° 8968, se garantiza el derecho de acceso, rectificación, supresión de los datos personales, así como el consentimiento para la cesión de sus datos.

Este consentimiento informado surge a raíz de la recomendación de la Contraloría General de la República en el informe DFOE-GOB-IAD-00004-2023 referente a la Auditoría sobre la Eficacia de las Acciones Estatales para la Prevención, Atención y Reparación de la Violencia contra la Mujer, remitido por la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa.

Consolidado de la información de la boleta para la aplicación de la encuesta	
Número de expediente:	
Fecha de aplicación del Protocolo:	
Edad al presentar la denuncia:	

Sexo:	
Provincia en donde se interpuso la denuncia:	
Abordaje inicial:	( ) Delegación de la Fuerza Pública ( ) Hospital/ Clínica ( ) Oficina o Delegación del OIJ ( ) Oficina del Ministerio Público ( ) Otro _____

Actualizada al: 30 de setiembre de 2026.