



WS File # _____ Advocate: _____

Toda La Información es confidencial

Fecha: _____ Hora: _____ am pm

Nombre: _____ **Edad:** _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género :(M o H): _____

Estado Civil: Soltero, Casado, Divorciado o viviendo juntos: _____

Orientación Sexual: Gay Heterosexual Lesbiana No Proporcionado Otro

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Número teléfono de casa :(____) _____ Celular:(____) _____

¿Es seguro contactarlo a este número de teléfono? Si o No

¿Es usted de descendencia Hispana? Sí No ¿Medio Oriente? Sí No ¿Haitiano? Sí No

Raza: ____ Afro Americano ____ Multi-Racial ____ Blanco/a ____ Otro

Persona de contacto de emergencia: _____ Número de teléfono#: _____

¿Tiene alguna discapacidad? ____ Si o ____ No ¿Necesitas alguna ayuda especial? _____

INFORMACION DE INGRESO:

Ingreso Anual: \$ _____ Ingreso Anual SIN EL Abusador: \$ _____

Número de Dependientes: _____ Número total de personas en el hogar: _____

*******Información de la Pareja que Participa en Violencia Doméstica*******

Nombre: _____ **Fecha De Nacimiento** _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Condado _____ Teléfono: (____) _____ Género: ____ Masculino ____ Femenino ____

Raza _____ ¿Hispano? Si No Estatura _____ Peso _____ Color del Cabello _____ Color de los Ojos _____

Reconocimiento

Por la presente solicito consejería y / o defensa para mí / mi (s) hijo (s) de Abuse Counseling and Treatment, Inc. (ACT). Por lo presente libero a todo el personal / voluntarios de ACT de todas y cada una de las responsabilidades de mis acciones, decisiones y el bienestar de mí mismo / niño (s). Entiendo que mis registros están protegidos por las normas federales y estatales de confidencialidad y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito. Las excepciones a estas regulaciones incluyen incidentes que podrían considerarse potencialmente mortales, como incidentes de maltrato infantil, presunto abuso de un adulto vulnerable, amenazas de suicidio u homicidio, o según lo exija la ley, es decir, por orden judicial. Las excepciones también incluyen al personal médico en una emergencia médica, la recepción de una orden de registro que especifica la persona u objeto de la búsqueda y alega que la persona u objeto está ubicado en el refugio, el personal de extinción de incendios en una emergencia de incendio, cualquier otra persona necesaria para mantener las normas de seguridad y salud en el albergue contra la violencia doméstica, y la comunicación a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley cuando la información está directamente relacionada con la comisión de un delito por parte de un cliente o la amenaza de cometer un delito en las instalaciones de un albergue para la violencia doméstica.

Me han proporcionado información sobre las leyes de confidencialidad y privilegios de la Florida, así como sobre las políticas y procedimientos de ACT con respecto al acceso a mi información de archivo, fotos / videos y participación en apariciones públicas. Se me evaluó la letalidad y se desarrolló un plan de seguridad conmigo. Recibí una copia del procedimiento de quejas para ACT.

Yo, _____, reconozco que la información recopilada durante esta Evaluación de admisión por parte de Abuse Counseling & Treatment, Inc. ha sido revisada por mí y es correcta según mi leal saber y entender. Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario. Esta información nos ayudará a satisfacer mejor sus necesidades. Su cooperación es muy apreciada.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Consejero

Fecha

Evaluación de Abuso y Letal

Nombre del Participante: _____

Fecha: _____

Esta evaluación es un instrumento para sobrevivientes de violencia doméstica. Esta información será utilizada para la evaluación y reconocimiento de los comportamientos abusivos que te han sucedido. Puede también ser utilizada para detectar daño o peligro de muerte dentro de su relación.

La palabra “letalidad” significa causar la muerte o daño. Esta “Evaluación de letalidad” es un instrumento para valorar la posibilidad que la violencia domestica pueda causar la perdida de tu vida. Cuando usted examine estas preguntas, por favor considere que mientras más respuestas “SI” usted ha marcado, más peligrosa la relación puede ser.

ANTECEDENTES

1. ¿Durante cuánto tiempo estuviste con tu pareja? _____
2. ¿Cuánto tiempo ha sido tu relación abusiva? _____
3. ¿Cuándo fue el primer incidente de abuso? _____
4. ¿Cuándo fue el más reciente incidente de abuso? _____
5. ¿Le parece que las amenazas son más frecuentes? SI o NO
6. ¿Le parece que el abuso está empeorando? SI o NO
7. ¿Su pareja fue testigo violencia doméstica cuando niño/a? SI o NO
8. ¿Es su pareja sobreviviente de abuso infantil? SI o NO
9. ¿Es su pareja sobreviviente de asalto sexual? SI o NO

MASCOTA/ABUSO DE ANIMAL

1. Cuando un niño/a, ¿Su pareja vio el maltrato, daño o la muerte de una mascota o animal? SI o NO
2. ¿Su pareja ha herido, amenazado o matado a una mascota o animal? SI o NO
3. ¿Te has sentido incapaz de dejar su relación por temor a la seguridad de una mascota? SI o NO

ABUSO FISICO (Marque todos los que apliquen):

Por favor seleccione el abuso físico experimentado con su pareja:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Golpear | <input type="checkbox"/> Cortar | <input type="checkbox"/> Quemar |
| <input type="checkbox"/> Patear | <input type="checkbox"/> Disparar | <input type="checkbox"/> Sofocar |
| <input type="checkbox"/> Lanzada/o | <input type="checkbox"/> Empujones | <input type="checkbox"/> Puñetazo |
| <input type="checkbox"/> Cachetada/o | <input type="checkbox"/> Ahorcar | <input type="checkbox"/> Amarrar |
| <input type="checkbox"/> Escupido | <input type="checkbox"/> Halarle el cabello | <input type="checkbox"/> Tirar objetos |
| <input type="checkbox"/> Morder | <input type="checkbox"/> Torcer su brazo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Con que frecuencia es su pareja violenta de forma física? _____

¿Ha perdido alguna vez el conocimiento a causa del abuso? SI o NO

¿Ha necesitado asistencia médica a causa de un incidente abusivo? SI o NO

¿Ha tenido que necesitar de la policía? SI o NO

Información adicional discutida: _____

EMOCIONAL (Seleccione todo lo que aplique):

Por Favor seleccione el abuso emocional experimentado con su pareja:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Forzado a hacer cosas con las que no estaba cómodo | <input type="checkbox"/> Le hace sentir loca/o |
| <input type="checkbox"/> Controla sus actividades | <input type="checkbox"/> Forzada/o a hacer actos humillantes |
| <input type="checkbox"/> Ataca su autoestima | <input type="checkbox"/> Abusada en frente de otros |
| <input type="checkbox"/> Le asusta intencionalmente | <input type="checkbox"/> Abusada/o en frente de los niños |
| <input type="checkbox"/> Destruye su propiedad | <input type="checkbox"/> Le Grita |
| <input type="checkbox"/> Abuso verbal | <input type="checkbox"/> Golpea las paredes |
| <input type="checkbox"/> Le dice nombres desagradables | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Con que frecuencia es su pareja abusiva de forma emocional? _____

Información adicional discutida: _____

PSYCOLOGICO (Seleccione todo lo que aplique):

Por Favor seleccione el abuso psicológico experimentado con su pareja

Amenaza con:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Destruir su propiedad | <input type="checkbox"/> Hierde a su familia y amigos |
| <input type="checkbox"/> Amenaza con la deportación | <input type="checkbox"/> Herirle a usted |
| <input type="checkbox"/> Muestra armas | <input type="checkbox"/> Quitarle la vida |
| <input type="checkbox"/> Quitarle a sus hijos | <input type="checkbox"/> Herirse a si mismo |
| <input type="checkbox"/> Hacerle daño a los hijos | <input type="checkbox"/> Matarse |
| <input type="checkbox"/> Matar a los niños | <input type="checkbox"/> Hacerle daño a su mascota |

¿Se han cumplido sus amenazas? SI o NO

SI es afirmativo, describa como: _____

Información adicional discutida: _____

Aislamiento:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Controla su libertad de salir de casa | <input type="checkbox"/> Le lee la correspondencia |
| <input type="checkbox"/> Aísla de su escuela, iglesia, reuniones | <input type="checkbox"/> Monitorea sus e-mails, mensajes de texto |
| <input type="checkbox"/> Aísla de sus amigos y familiares | <input type="checkbox"/> Le sigue |
| <input type="checkbox"/> Escucha sus conversaciones por teléfono | <input type="checkbox"/> Le cuestiona o donde va |

- ☐ Niega acceso al auto
- ☐ Niega acceso al telefono
- ☐ No le deja trabajar

- ☐ Controla sus cuentas de banco o estado financiero

¿Con qué frecuencia ha estado psicológicamente abusado/a? _____

Adicional Información: _____

ABUSO SEXUAL (MARQUE TODOS QUE APLICAN):

¿Ha sido sexualmente abusada cuando niña/o o como adulto? SI o NO

Si si, edad al primer incidente: _____

Si no recuerda edad exacta, seleccione la escala de edades: (por favor margue)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Adulto 2 (30-44) |
| <input type="checkbox"/> Niño (0-12) | <input type="checkbox"/> Adulto 3 (45-59) |
| <input type="checkbox"/> Adolescente (13-17) | <input type="checkbox"/> Adulto 4 (60-64) |
| <input type="checkbox"/> Adulto 1 (18-29) | <input type="checkbox"/> Adulto 5 (65-99) |

¿Eres una sobreviviente de incesto? SI o NO

Su pareja alguna vez:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Forzado a tener relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Hace actos que me hacen sentir incomodas |
| <input type="checkbox"/> Te ha amarrado contra tu voluntad | <input type="checkbox"/> Te acusa de tener amantes |
| <input type="checkbox"/> Usado objetos contra su voluntad | <input type="checkbox"/> Te dice palabras insultantes |
| <input type="checkbox"/> Ataca parte del cuerpo sexualmente | <input type="checkbox"/> No te da cariño no es afectuoso |
| <input type="checkbox"/> Tratado como objeto sexual | <input type="checkbox"/> Ha tenido amantes |

¿Con cuanta frecuencia eres abusada sexualmente? _____

Información adicional: _____

LETAL

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿En este momento su pareja sabe dónde está usted? SI o NO

Preocupaciones: _____

2. ¿Alguna vez has estado separada de su pareja? SI o NO

Si si, cuanta veces? _____

¿Cuándo usted lo dejo, qué comportamientos tuvo su pareja? _____

3. ¿Tiene preocupaciones de que su pareja puede acecharla si él sabe de su rutina diariamente? SI o NO

4. ¿Su pareja ha dicho que se va matar? SI o NO

5. ¿Tu pareja te ha amenazado que te va a matar? SI o NO

6. ¿Tienes miedo que su pareja la/o mate? SI o NO
7. ¿Usted cree que su pareja es capaz de matar a otra persona? SI o NO
8. ¿Su pareja tiene acceso a armas? SI o NO
9. ¿Su pareja tiene rabia, cólera o enojo? SI o NO
10. ¿Su pareja es celoso de usted? SI o NO
11. ¿Su pareja parece estar obsesionado con usted? SI o NO
12. ¿Usted cree que su pareja usa drogas o alcohol? SI o NO
13. ¿Su pareja se pone mas violento cuando usa drogas o alcohol? SI o NO
14. ¿Cuántas veces usa las drogas o el alcohol? _____
15. ¿Puede usted salir de la casa de forma segura cuando el abuso comienza a intensificarse? SI o NO
16. ¿Su pareja ha sido violento con otra persona? SI o NO
17. ¿Su pareja ha sido violento con la policía? SI o NO
18. ¿Ha sido arrestado su pareja alguna vez por violencia doméstica? SI o NO
- Si si, cuantas veces? _____
19. ¿Hay una orden de “No contacto” en estos momentos? SI o NO
20. ¿Hay una orden judicial de detención para su pareja? SI o NO
- Si si, de donde es la orden judicial (Cuidad, Estado)? _____
21. ¿Has obtenido una orden de protección u orden de restricción? SI o NO
- ¿Necesitas una orden de protección u orden de restricción ahora? SI o NO

Comentarios: _____

Gracias por completar la evaluación de abuso y la letalidad. Si usted tiene alguna pregunta, favor de hablar con su consejera.

Firma del Participante

Fecha

Firma del Consejero

Fecha



Plan de Escape

Nombre del Participante: _____

Fecha: _____

¿Alguien ha hablado alguna vez de planificación de seguridad con usted? Si o No

¿Alguien le ha enseñado un plan de escape para una emergencia? Si o No

Mi plan de Escape incluye:

- ☐ Documentación
- ☐ Tarjetas de teléfono celular
- ☐ Ropa
- ☐ Bolsa para Escapar
- ☐ Cosas importantes (llaves, tarjetas de crédito etc.)
- ☐ Números de teléfonos importantes

- ☐ Medicamentos
- ☐ Dinero
- ☐ Artículos personales
- ☐ Lugar seguro
- ☐ Otros: _____
- ☐ Otros: _____

Que otras cosas pudieran ser necesarios para escapar de manera segura: _____

Información adicional: _____

Firma del Participante

Fecha

Firma del Consejero

Fecha



Plan Integral de Seguridad

Nombre del Participante: _____

Fecha: _____

¿Alguien ha hablado alguna vez de planificación de seguridad con usted? Si o No

¿Alguien le ha enseñado un plan de escape para una emergencia? Si o No

Cuéntame cómo se ha mantenido protegida/o en el pasado:

En este momento, ¿qué cambios crees usted que debe hacer para intentar mantenerse seguro/a?

Educación Proporcionada:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 911- teléfono | <input type="checkbox"/> Letalidad |
| <input type="checkbox"/> Sistema de Amistad | <input type="checkbox"/> Orden de No Contacto |
| <input type="checkbox"/> Confidencialidad | <input type="checkbox"/> Revision de rutina |
| <input type="checkbox"/> Linea de Crisis | <input type="checkbox"/> Refugio (violencia domestica) |
| <input type="checkbox"/> Bolsa de Escapar | <input type="checkbox"/> Notificación a la escuela (escuela/infancia) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Escape | <input type="checkbox"/> Reconocimiento de la situación |
| <input type="checkbox"/> Orden de Protección | <input type="checkbox"/> Seguridad del lugar de trabajo |
| <input type="checkbox"/> La Ley | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Referidos proporcionado:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 911-Servicio para Emergencia | <input type="checkbox"/> Celular/Teléfono |
| <input type="checkbox"/> Confidencialidad de dirección | <input type="checkbox"/> Refugio Seguro |
| <input type="checkbox"/> Unidad de Defensores | <input type="checkbox"/> Información y Notificación para la victima todos los días |
| <input type="checkbox"/> Linea directa para crisis | <input type="checkbox"/> Compensación para la victima |
| <input type="checkbox"/> División de Violencia Doméstica | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa de reubicación | |

Additional Information Discussed: _____

Firma del Participante

Fecha

Firma del Consejero

Fecha



Plan de Servicio

Nombre del Participante: _____

Fecha: _____

Esta es la evaluación inicial, que usted y un consejero/a tendrán en lo que respecta a sus objetivos. Esta es solo una breve mirada de sus posibles necesidades.

¿Qué le gustaría lograr o aprender a través de nuestros servicios?

Ingreso:

Está trabajando actualmente? Si o No

Mensualmente Nivel de ingresos:

_____ No ingreso	_____ \$1 – \$150	_____ \$151 – \$250
_____ \$251 – \$500	_____ \$501 – \$1000	_____ \$1001 – \$1500
_____ \$1501 – \$2000	_____ \$2001+	

Metas

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servicio para los Niños | <input type="checkbox"/> Asistencia Legal |
| <input type="checkbox"/> Cuidado dental | <input type="checkbox"/> Atención médica |
| <input type="checkbox"/> Documentación | <input type="checkbox"/> Cuidado de la salud mental |
| <input type="checkbox"/> Assistance Económica | <input type="checkbox"/> Servicios de Período de prueba/Libertad condicional |
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Seguridad |
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Servicios para las Victimas |
| <input type="checkbox"/> Alojamiento | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicios de inmigración | |

Anoté algunas metas adicionales: _____

¿Qué retos cree que va a enfrentar para obtener sus metas?

Enumere los detalles (pasos) de cómo va a lograr sus metas:

Priorice sus metas:

Plan de Seguridad: Identifique cualquiera de sus metas relacionadas con el desarrollo de su plan de seguridad

SERVICIOS PARA LA VICTIMA:

¿Tiene usted un reporte de arresto de violencia doméstica en los últimos 30 días? Si o No

¿El cliente cumple con los pre-requisitos para el programa de reubicación OAG? Si o No

Metas: Servicios para la Victima

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Confidencialidad de dirección | <input type="checkbox"/> Información y notificación para la víctimas |
| <input type="checkbox"/> Reubicación | <input type="checkbox"/> Violencia contra las mujeres |
| <input type="checkbox"/> Compensación para la victimas | |

Initial Referrals by staff:

Initial Education Provided by staff:

Additional Information discussed: _____

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Consejero

Fecha