

# LA JUSTICIA empieza con LA VERDAD

Un formulario para documentar y denunciar actos de tortura y otras violaciones de derechos humanos que usted haya vivido o presenciado durante una protesta



**irct**

International Rehabilitation  
Council for Torture Victims

**ifeg**

independent  
forensic  
expert group

---

## Instrucciones

— Este formulario está destinado a todas las víctimas y todos los testigos de tortura y otras violaciones de derechos humanos cometidas durante una protesta, el arresto o la detención.

— Este formulario sirve para ayudarle a documentar y denunciar su experiencia y cualquier prueba de daño físico.

— Si usted desea interponer una denuncia legal, este formulario le puede ayudar a documentar su experiencia y sus heridas. Sin embargo, se recomienda aún así una entrevista con un defensor o una defensora legal.

— Ese formulario no solicita toda la información necesaria para la presentación de una denuncia legal, tal como las identidades de los testigos y autores.



*Usted tiene la opción de llenar este formulario identificándose o de forma anónima. Si decide llenar la Sección de Identificación Personal (Información General Sección A), debería estar consciente de las consecuencias jurídicas de hacerlo, incluida la posibilidad de autoincriminación como resultado de su participación en una protesta ilegal. Si no está seguro/a de las consecuencias de identificarse, debería buscar asesoramiento jurídico.*

# 00 INFORMACIÓN GENERAL

## A. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

*(Opcional. No llene esta información si desea permanecer en el anonimato.)*

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Datos de contacto:

correo electrónico \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

## B. INFORMACIÓN BÁSICA

1. Fecha actual (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Género:  Masculino  Femenino

3. Ocupación: \_\_\_\_\_

## C. ESTOY DENUNCIANDO UNA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS COMO:

Víctima  Testigo/a

## D. LUGAR DEL INCIDENTE

*(Marque todas las respuestas que correspondan)*

Escenario de la protesta *(llene la Sección 01)*

Lugar de detención (tal como un vehículo de transporte o una estación de policía) *(llene la Sección 02)*

## E. ¿Usted resultó HERIDO/A durante el evento?

Sí  No *(Si la respuesta es Sí, llene la Sección 03)*

# 01 EL ESCENARIO DE LA PROTESTA

## 1.

**Describa detalladamente QUÉ LE OCURRIÓ - ¿cuándo, dónde, qué, cómo y por quién?**

### INSTRUCCIONES:

■ *Su respuesta debe ser la más detallada posible y describir las violaciones que usted haya vivido o presenciado. Cuanto más detalle mejor, incluidos la hora, la fecha, el lugar donde estabas, lo que te estaba sucediendo en ese momento.*

■ *Si usted resultó herido/a, por favor, cuéntenos: ¿qué estaba ocurriendo y en qué posición se encontraba al momento de lastimarse? ¿Buscó ayuda? ¿Recibió algún tipo de tratamiento después?*

■ *Si le ayuda, puede que desee contar su historia a alguien de confianza y pedirle que lo escriba para usted.*

### CUÁNDO

Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora (formato 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

### DÓNDE

Ciudad \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_

Calle e intersección más cercana \_\_\_\_\_

### QUÉ

**a. Estaba ocurriendo en ese momento** (describa el contexto global/cómo se desarrollaba la protesta al momento en el que usted resultó herido/a):

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**b. Le ocurrió a usted** (describa cómo le maltrataron y/o lastimaron)

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**1. (cont.)**

**Describa detalladamente QUÉ LE OCCURIO - ¿cuándo, dónde, qué, cómo y por quién?**

**INSTRUCCIONES:**

■ *Su respuesta debe ser la más detallada posible y describir las violaciones que usted haya vivido o presenciado. Cuanto más detalle mejor, incluidos la hora, la fecha, el lugar donde estabas, lo que te estaba sucediendo en ese momento.*

■ *Si usted resultó herido/a, por favor, cuéntenos: ¿qué estaba ocurriendo y en qué posición se encontraba al momento de lastimarse? ¿Buscó ayuda? ¿Recibió algún tipo de tratamiento después?*

■ *Si le ayuda, puede que desee contar su historia a alguien de confianza y pedirle que lo escriba para usted.*

**b. Le ocurrió a usted (cont.)**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**c. Por favor, marque todos los que le correspondan**

- Golpes     Trauma de cabeza     Perros de servicio     Esposas
- Disparado/a con municiones     Disparado/a con munición real  
(p. ej. balas de goma)
- Arrastrado/a por el suelo     Cañones de agua     Aplastado/a
- Apuñalado/a     Expuesto/a a químicos (p. ej. gas de pimienta)
- Colocado/a en una posición física dolorosa     Descargas eléctricas  
(p. ej. agachado/a o arrodillado/a durante largos períodos)
- Forzado/a a tenderse sobre el suelo     Amenazado/a     Humillado/a
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**QUIÉN LO HIZO (marque todas las respuestas que correspondan)**

- Policía     Policía anti-disturbios     Policías vestidos de civiles
- No lo sé/No estoy seguro/a
- Other (specify): \_\_\_\_\_

**2.**

**¿Usted resultó HERIDO/A?**

SÍ       NO

**Si la respuesta es SÍ, por favor, conteste las siguientes preguntas:**

**a. ¿Tiene o tenía usted heridas visibles?**       SÍ       NO  
*(p. ej. moretones, cortes, rasguños, hinchazones)*

*Si la respuesta es SÍ, por favor, describa brevemente aquí y llene la Sección 03:\_\_\_\_\_*

-----  
-----  
-----  
-----

**b. ¿Tiene o tenía usted algún otro tipo de dolor o malestar físico?**       SÍ       NO  
*(p. ej. torcedura de tobillo, esguince de muñeca o dolor de cabeza)*

*Si la respuesta es SÍ, favor de especificar: \_\_\_\_\_*

-----  
-----

**c. ¿Hay algo que ya no pueda hacer a causa de sus heridas?**       SÍ       NO  
*(p. ej. sentarse, acostarse, levantar el brazo, orinar, o escribir)*

*Si la respuesta es SÍ, favor de especificar: \_\_\_\_\_*

-----  
-----

**3.**

**¿Fue usted EXAMINADO POR UN MÉDICO después del incidente que ha descrito?**

SÍ       NO

**Si la respuesta es SÍ, proporcione más detalles:**

**CUÁNDO**

Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Hora (formato 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

**DÓNDE**

Ciudad: \_\_\_\_\_ Lugar o nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene una copia del/de los informe(s) médico(s)?       SÍ       NO

¿Tomaron fotografías de sus heridas durante el examen?       SÍ       NO

# 02 LA DETENCIÓN

## 1.

### Por favor especifique el lugar de detención

*(si ha sido detenido en varios lugares proporcione los detalles sobre cada lugar de detención)*

### 1<sup>er</sup> LUGAR DE DETENCIÓN

#### CUÁNDO

de Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora (formato 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

a Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora (formato 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### DÓNDE

Ciudad \_\_\_\_\_ Lugar o nombre del establecimiento \_\_\_\_\_

### 2<sup>do</sup> LUGAR DE DETENCIÓN

#### CUÁNDO

de Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora (formato 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

a Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora (formato 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### DÓNDE

Ciudad \_\_\_\_\_ Lugar o nombre del establecimiento \_\_\_\_\_

### 3<sup>er</sup> LUGAR DE DETENCIÓN

#### CUÁNDO

de Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora (formato 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

a Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora (formato 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### DÓNDE

Ciudad \_\_\_\_\_ Lugar o nombre del establecimiento \_\_\_\_\_

### 4<sup>to</sup> LUGAR DE DETENCIÓN

#### CUÁNDO

de Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora (formato 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

a Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora (formato 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### DÓNDE

Ciudad \_\_\_\_\_ Lugar o nombre del establecimiento \_\_\_\_\_







**3.**

**¿Usted resultó HERIDO/A?**

YES       NO

**Si la respuesta es SÍ, por favor, conteste las siguientes preguntas:**

**a. ¿Tiene o tenía usted heridas visibles?**       YES       NO  
*(p. ej. moretones, cortes, rasguños, hinchazones)*

*Si la respuesta es Sí, por favor, describa brevemente aquí y llene la Sección 03:\_\_\_\_\_*

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**b. Do you or did you have any other physical pain or discomfort?**       YES       NO  
*(e.g., twisted ankle, sprained wrist, or headache)*

*If Yes, please specify: \_\_\_\_\_*

-----  
-----  
-----

**c. Is there anything you can't do now because of your injuries?**       YES       NO  
*(e.g., sit down, lie down, lift your arm, urinate, or write)*

*If Yes, please specify: \_\_\_\_\_*

-----  
-----  
-----

**d. Were any of your medical needs unmet?**       YES       NO  
*(e.g., were you not allowed to take your medicine or get treatment for injuries?)*

*If Yes, please specify: \_\_\_\_\_*

-----  
-----  
-----

**4.****Access to DOCTOR/  
MEDICAL ASSISTANCE:**

**Were you examined by a doctor during your detention?**  YES  NO

**If NO, did you request to see a doctor after the abuse you described?**

Yes, to whom: \_\_\_\_\_  No

**If YES,**

**a. When (check all that apply)**

Upon arrest  After interrogation  Before being put in cell

At court  Upon release  Upon transfer to other facility

Other (specify): \_\_\_\_\_

**b. Was the examination conducted after the abuse you described?**  Yes  No

**c. Please also answer the following questions:**

**i.** Where did the exam take place: \_\_\_\_\_

**ii.** How long after you were detained did it take place: \_\_\_\_\_

**iii.** How long did the exam last: \_\_\_\_\_

**iv.** Did you request this examination or did someone else:

Self  Someone else (specify): \_\_\_\_\_

**v.** Did you willingly give your consent to this exam:

Yes  No, why not: \_\_\_\_\_

**vi.** Was it done in private (without other people present or able to listen):

Yes  No (specify): \_\_\_\_\_

**vii.** Did you tell the doctor about the way you were mistreated or abused?

Yes  No, why not: \_\_\_\_\_

**viii.** Have you been able to read the medical report?  Yes  No

**ix.** During medical examination I have been:

Fully undressed  Partially undressed  Fully dressed  
(i.e. not requested to undress)

**5.****Referral for FORENSIC  
EXAMINATION:**

**Have you been referred for examination by a forensic doctor/medico-legal specialist?**  YES  NO **IF YES, where:**

City: \_\_\_\_\_ Place or name of establishment: \_\_\_\_\_

**6.**

**Other related LEGAL RIGHTS AND SAFEGUARDS**

**I. INVESTIGATION**

a. Did you inform anyone else about the abuse?  YES  NO

If YES:

WHEN \_\_\_\_\_

WHO  Lawyer  Police  Military  Prosecutor

Judge  Court staff  Detention staff

Other (specify): \_\_\_\_\_

b. Did they take any actions based on what you told them?  YES  NO

If YES, please specify: \_\_\_\_\_

**II. RIGHTS OF ACCUSED**

a. Were you informed of the charges against you?

YES, when: \_\_\_\_\_  NO

b. Were you informed of your rights?

YES, when: \_\_\_\_\_  NO

If YES, did you sign and understand any documents about that?  YES  NO

c. Were you allowed to contact your family?

YES, when: \_\_\_\_\_  NO

d. Were you allowed to contact your lawyer or provided with access to a lawyer?

YES, when: \_\_\_\_\_  NO

**III. LENGTH OF DETENTION**

a. How long did you spend in custody for questioning or interrogation:

\_\_\_\_\_

b. How long did you spend in detention before being referred to the prosecutor:

\_\_\_\_\_

c. How long did you spend in detention before meeting a judge:

\_\_\_\_\_

d. When were you released from detention?

Date (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_





**2.**  
**PHOTOGRAPH(S) of injuries?**

- *You may provide/attach photo(s).*
- *If you would like to take photos, here are some tips:*
  - *Take multiple photos of each injury, from different angles – the more photos the better*
  - *First, take a full body photo so we can see the pattern of injuries*
  - *Second, take medium distance photos so we can see your injury and the region of your body where it is*
  - *Last, take close up photos of each injury*
  - *Please take photos with a ruler or a common object like a coin or pen next to your injury so we can tell what size it is*
  - *Record the date and time you took the photos*
  - *If possible, take photos using natural light*

*Do you have any PHOTOGRAPHS of your injuries?*     YES     NO

*If YES, who took the PHOTOGRAPHS of your injuries?*

Took photos myself     Someone else took photos

*Please provide further details:*

**WHEN**

Date (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Time (format 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Photograph(s) submitted?**

YES, specify number of photos: \_\_\_\_\_     NO

*Other notes:*

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----



**irct**

International Rehabilitation  
Council for Torture Victims

**ifeg**

independent  
forensic  
expert group