

# 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)*



**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 estaba, lo que le 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       Uso de perros de servicio       Uso de esposas
- Disparado/a con municiones de impacto (p. ej. proyectiles de goma)       Descargas eléctricas
- Arrastrado/a por el suelo       Cañones de agua       Aplastado/a
- Apuñalado/a con algún objeto       Expuesto/a a químicos (p. ej. gas de pimienta)
- Colocado/a en una posición física dolorosa (p. ej. agachado/a o arrodillado/a durante largos períodos)       Humillado/a
- Forzado/a a tenderse sobre el suelo       Amenazado/a
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

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

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

**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?***(p. ej. moretones, cortes, rasguños, hinchazones)* SÍ  NO*Si la respuesta es SÍ, por favor, descríbalas brevemente aquí y llene la Sección 03:*

-----

-----

-----

-----

**b. ¿Tiene o tenía usted algún otro tipo de dolor o****malestar físico?** *(p. ej. torcedura de tobillo, esguince de muñeca o dolor de cabeza)* SÍ  NO*Si la respuesta es SÍ, favor de especificar:* \_\_\_\_\_

-----

-----

**c. ¿Hay algo que ya no pueda hacer a causa de sus****heridas?** *(p. ej. sentarse, acostarse, levantar el brazo, orinar, o escribir)* SÍ  NO*Si la respuesta es SÍ, favor de especificar:* \_\_\_\_\_

-----

-----

**3.**¿Fue usted EXAMINADO/A  
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/a 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 \_\_\_\_\_





**2. (cont.)**

**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 estaba, lo que le 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.*

**a. Le ocurrió (cont.)**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

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

- Golpes       Trauma de cabeza       Golpes en los pies       Colgado/a o suspendido/a
- Quemado/a       Descargas eléctricas       Asfixiado/a       Aplastado/a
- Colocado/a en una posición física dolorosa (p. ej. agachado/a o arrodillado/a durante largos períodos)       Amenazado/a
- Violado/a sexualmente       Falta de necesidades básicas (p. ej. agua, baño)       Aislado/a
- Humillado/a       Expuesto/a a químicos
- Apuñalado/a con algún objeto       Vio/escuchó el matroto de otros
- Condiciones deficientes       Expuesto/a a temperaturas extremas
- Forzado/a a hacer daño a otros       Privado/a de sueño
- Falta de atención médica       Otro (especificar): \_\_\_\_\_

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

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

## 3.

¿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, descríbalas 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: -----

-----

-----

-----

**d. ¿Algunas de sus necesidades médicas se dejaron insatisfechas?**  SÍ       NO  
(p. ej. ¿No le dejaron tomar sus medicamentos o recibir tratamiento para sus heridas?)

Si la respuesta es SÍ, favor de especificar: -----

-----

-----

**4.****Acceso a un MÉDICO/  
ATENCIÓN MÉDICA:**

**¿Fue examinado/a por un médico durante su detención?**  Sí  NO

**Si la respuesta es No, ¿solicitó usted atención médica después del abuso que ha descrito?**  Sí, ¿a quién?: \_\_\_\_\_  No

**Si la respuesta es Sí,**

**a. En qué momento** (marque todas las respuestas que correspondan)

- Durante el arresto  Al salir de la detención  Antes de estar recluso/a en una celda  
 Ante un tribunal  Después de la interrogación  Durante un traslado a otra institución  
 Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**b. ¿El examen fue realizado después del abuso que has descrito?**  Sí  No

**c. Por favor, conteste también las siguientes preguntas:**

**i.** ¿Dónde tuvo lugar el examen?: \_\_\_\_\_

**ii.** ¿Cuánto tiempo después de su detención inicial tuvo lugar el examen?: \_\_\_\_\_

**iii.** ¿Cuánto tiempo duró el examen?: \_\_\_\_\_

**iv.** ¿Solicitó usted este examen o lo hizo otra persona?:

- Solicitado por cuenta propia  Otra persona (especificar): \_\_\_\_\_

**v.** ¿Dio usted voluntariamente su consentimiento a este examen?:

- Sí  No, ¿por qué no?: \_\_\_\_\_

**vi.** ¿Fue realizado en privado (sin que otros estuvieran presentes o capaces de escuchar)?:

- Sí  No (especificar): \_\_\_\_\_

**vii.** ¿Informó al médico que fue maltratado/a o abusado/a?

- Sí  No, ¿por qué no?: \_\_\_\_\_

**viii.** ¿Ha podido leer el informe médico?  Sí  No

**ix.** Durante el examen médico yo estaba:

- Completamente desnudo/a  Parcialmente desnudo/a  Completamente vestido/a (i.e. no solicitaron que me desvistiera)

**5.****Remisión para EXAMEN  
FORENSE:**

**¿Ha sido remitido/a para ser EXAMINADO/A POR UN MÉDICO FORENSE/ESPECIALISTA MÉDICO-LEGAL?**  Sí  NO

**Si la respuesta es Sí, dónde:**

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

**6.****Otros DERECHOS  
LEGALES Y GARANTÍAS  
relacionados****I. INVESTIGACIÓN**

a. *¿Ha informado a alguien más sobre el abuso?*  Sí  NO

*Si la respuesta es Sí:*

¿Cuándo? .....

¿Quién?  Abogado/a  Policía  Militar  Fiscal  
 Juez/a  Personal del tribunal  Personal del centro de detención  
 Otro (especificar): .....

b. *¿Esa(s) persona(s) ha(n) tomado alguna medida en respuesta a lo que se le contó?*  Sí  NO

*Si la respuesta es Sí, favor de especificar:* .....

**II. DERECHOS DE LOS ACUSADOS**

a. *¿Ha sido informado/a de los cargos en su contra?*

Sí, when: .....  NO

b. *¿Ha sido informado/a de sus derechos?*

Sí, when: .....  NO

*Si la respuesta es Sí, ¿firmó y entendió alguno de los documentos referente a eso?*  Sí  NO

c. *¿Le permitieron contactar a su familia?*

Sí, when: .....  NO

d. *¿Le permitieron contactar a su abogado/a o le dieron acceso a un/a abogado/a?*

Sí, when: .....  NO

**III. DURACIÓN DE LA DETENCIÓN**

a. *¿Cuánto tiempo duró el interrogatorio en custodia?:*

.....

b. *¿Cuánto tiempo pasó en custodia antes de que le refirieran al fiscal?:*

.....

c. *¿Cuánto tiempo pasó en detención antes de ver a un/a juez/a?:*

.....

d. *¿Cuándo fue puesto/a en libertad? Fecha (dd/mm/aaaa):* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# 03 HERIDAS

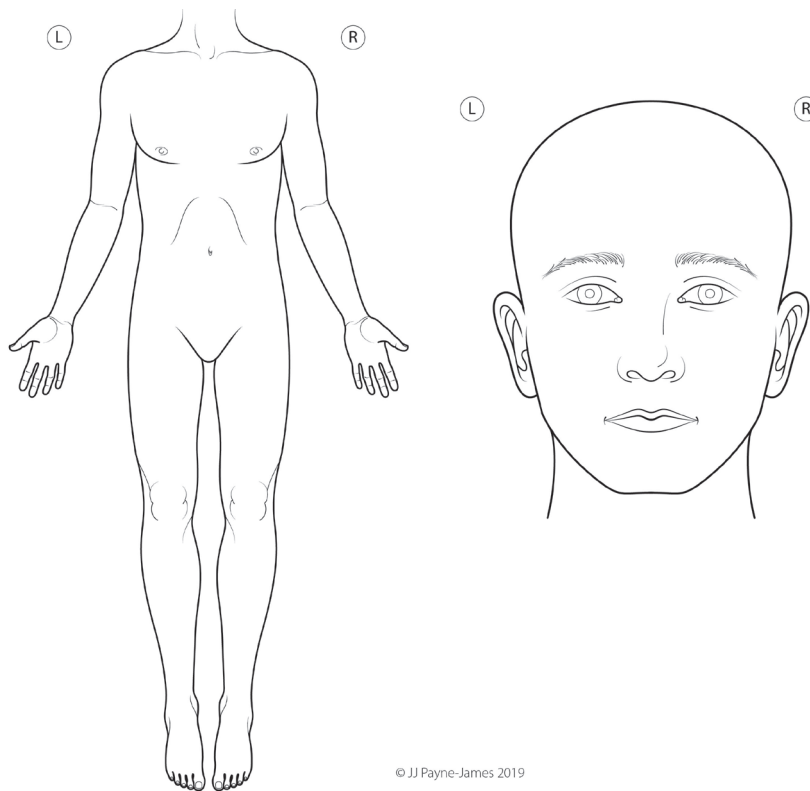
**1.**  
¿Tiene o ha tenido algunas HERIDAS visibles como resultado de la protesta o detención?

**INSTRUCCIONES:**

- Utilice los siguientes diagramas del cuerpo para marcar la(s) región(es) de su cuerpo sobre las cuales haya tenido y/o todavía tenga heridas visibles (p. ej. moretones, cortes, rasguños, hinchazones etc.)
- Indique el tamaño y la forma de sus heridas en el diagrama.
- Haga su mejor esfuerzo para describir sus heridas.
- Intente describir su apariencia tal como su color, forma, tamaño y cuántas hay.

SÍ       NO

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



\* Se muestran el lado derecho y el lado izquierdo del cuerpo como si viera a alguien o mirara a sí mismo a un espejo

Por favor, marque arriba y describa abajo sus heridas en la **PARTE ANTERIOR** DE SU CABEZA Y/O CUERPO:

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----



**2.**

**¿FOTOGRAFÍA(S) de sus heridas?**

- *Puede proporcionar/adjuntar fotografía(s).*
- *Si desea sacar fotografías, aquí le ofrecemos algunos consejos:*
  - *Saque varias fotografías de cada herida, desde diferentes ángulos – entre más fotografías, mejor*
  - *Primero, saque una fotografía del cuerpo entero para que veamos el patrón de las heridas*
  - *Segundo, saque algunas fotografías de medio campo para que veamos su herida y la región del cuerpo donde se encuentra*
  - *Por último, saque fotografías del primer plano de cada herida*
  - *Por favor, saque fotografías con una regla o algún objeto común tal como una moneda o un bolígrafo al lado de su herida para que identifiquemos su tamaño*
  - *Registre la fecha y la hora a las que hayan sido tomadas las fotografías*
  - *De ser posible, capture las fotografías utilizando la luz natural*

*¿Tiene algunas FOTOGRAFÍAS de sus heridas?*       SÍ       NO

*Si la respuesta es Sí, ¿quién sacó las FOTOGRAFÍAS de sus heridas?*

Las saqué yo       Las sacó otra persona

*Favor de proporcionar más información:*

**CUÁNDO:**

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

**¿Fotografías(s) presentadas?**

Sí, especifique el número de fotografías presentadas: \_\_\_\_\_       NO

*Otros apuntes:*

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----



**irct**

International Rehabilitation  
Council for Torture Victims

**ifeg**

independent  
forensic  
expert group