

**FICHA MULTISECTORIAL**  
**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR**

**1 DATOS DE LA NOTIFICACIÓN :**

1.1 Fecha Registro de Ficha :  dia  mes  año

1.2 Evaluación anterior :  SI  NO

MINSA  
PNP  
DEFENSOR.  
CMMUNICI.

**1.3 INSTITUCIÓN NOTIFICANTE:**  
**ESSALUD**  **PODER. JUD.**   
**C.E.MUJER**  **SANIDAD**   
**M. EDUC.**  **ONG**   
**M.PUBLICO**  **OTROS**

1.3.1 Especifique otros: .....

DIRESA

RED

MICRORED

ESTABLECIMIENTO

1.4 Lugar digitación:

**2 DATOS DEL(A) AGREDIDO (A):**

2.1 Nombres y Apellidos del(a) Agredido (a): .....

2.2 Documento de Identidad

2.3 Departamento de Residencia en el último año

2.4 Edad  Años | Meses | Días

2.5 Tipo edad

2.6 Sexo: Hombre  Mujer

2.6.1 En caso de Ser mujer:

¿Se encuentra Gestando?  SI  NO

2.7 Estado Civil

Soltero(a)

Casado(a)

Conviviente

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Excónyuge

Ex-conviviente

2.8 Grado de Instrucción

iletrada

Primaria

Primaria Incompleto

Secundaria

Secundaria Incompleto

Superior

Superior Incompleto

2.9 Ocupación

Tiene Empleo remunerado?

SI  NO

Cuál es su ocupación

2.10 Dirección

Departamento  Provincia  Distrito  Localidad  Domicilio

**3 DATOS DEL(A) AGRESOR (A):**

3.1 Nombres y Apellidos del(a) Agresor (a): .....

3.2 Edad  años

3.3 Sexo Masculino  Femenino

3.4 Vínculo con la Víctima

Espouse(a)

Conviviente

Hijo(a)

Padre

Madre

Excónyuge

Ex-conviviente

Otro  especifique otro

3.5 Grado de Instrucción

iletrada

Primaria

Primaria Incompleto

Secundaria

Secundaria Incompleto

Superior

Superior Incompleto

3.6 Ocupación

Tiene Empleo remunerado?

SI  NO

Cuál es su ocupación

**4 DATOS SOBRE LA AGRESIÓN**

4.1 Ubicación geográfica de la agresión:

Departamento  Provincia  Distrito

4.2 Fecha de agresión:  dia  mes  año

4.3 Estado del Agresor :

Ecuaniame

Efecto de Drogas

Efecto de Alcohol

Otros

4.4 Tipo de Violencia (CIEX):

T74.1 Física

T74.3 Psicologica

T74.2 Violencia Sexual

T74.0 Abandono

4.5 Medio Utilizado : Según tipo de violencia

Física: Propio Cuerpo

Arma blanca

Arma de fuego

Objeto contundente

Otros

Psicologica: Indiferencia

Maltrato Verbal

Amenazas

Otros

Violencia Sexual: Acoso Sexual

Violación

Seducción

Otros

4.6 Motivo Expresado :

Familiares

Celos

Económicos

Laborales

Sin Motivo

Otros

Especificar otros

4.7 Frecuencia

Primera vez que es agredido(a)  SI  NO

Desde Cuando Sufre Violencia

Durante la semana cuantas veces fue agredido(a)

1  2  3  4  5  6  7 veces

Durante el último mes cuantas veces fue agredido(a)

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  mas veces

4.8 Lugar de Agresión

Calle

Casa

Centro de Trabajo

Otros

4.9 Hora de la Agresión

:  24h

a.m.

p.m.

4.10 Defunción por violencia familiar

SI  NO

**5 MEDIDAS TOMADAS**

Atención Médica

Atención Psicológica

Denuncia Fiscal

Asistencia Social

Denuncia Policial

Otros

Especifique

**6 SEGUIMIENTO**

6.1 Fue Derivado

SI  NO

6.2 Donde? Ministerio de Salud

Policia

ONG

Ministerio Público

Médico Legal

DEMUNA

Otros

Especifique



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología  
Prevención y Control de  
EnfermedadesANEXO 3: VIGILANCIA CENTINELA DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO  
FICHA DE REGISTRO

Código único de Ficha \_\_\_\_\_

Fecha de notificación \_\_\_\_\_

## I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/DISA/DIRESA/GERESA \_\_\_\_\_

Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_

Nivel de atención \_\_\_\_\_

Fecha de atención \_\_\_\_\_

## II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

NOMBRES \_\_\_\_\_

2. N.º H. Clínica \_\_\_\_\_

3. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

4. Teléfono \_\_\_\_\_

5. Celular (apoderado) \_\_\_\_\_

6. N.º DNI \_\_\_\_\_

7. Dirección Actual \_\_\_\_\_

8. Departamento \_\_\_\_\_

9. Provincia \_\_\_\_\_

10. Distrito \_\_\_\_\_

11. Edad \_\_\_\_\_

12. Sexo

F

M

13. Seguro de salud: Si ( ) No ( )

14. Tipo de Seguro \_\_\_\_\_

15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas?

Padres

Hermanos

Pareja

Abandono Social

Otros

Especificificar \_\_\_\_\_

16. Grado de Instrucción

Sin instrucción

Primaria

Secundaria

Universitario

Técnico

17. Ocupación \_\_\_\_\_

18. Gestante: Si  No 

Edad Gestacional \_\_\_\_\_

19. Puérpera

Si

No

Semanas Postparto \_\_\_\_\_

## III. ANTECEDENTES

1. Problemas perinatales

Asfixia severa

Prematuridad

Infección

Caída brusca

Bajo peso al nacer

2. Antecedente familiar con trastornos psiquiátricos o problemas psicosociales

Si

No

Especificificar: \_\_\_\_\_

3. Tipo de Violencia:

Ninguna

Físico

Sexual

Psicológico

Negligencia

4. Consumo de sustancias psicoactivas

Alcohol

Tabaco

Marihuana

PBC

Otro

Especificificar: \_\_\_\_\_

## IV. CARACTÉRISTICAS DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

1. Signo y síntomas presentes:

Síntomas negativos

Síntomas positivos

Conducta suicida (Ideación / Intento)

Conducta heteroagresiva (Ideación / Intento)

2. Factores psicosociales

Problemas con los padres

Problemas por bajo rendimiento en los estudios

Problemas en el trabajo

Problemas económicos

Problemas por separación de padres

Problemas con su salud física

Otro

Especificificar: \_\_\_\_\_

## V. SEGUIMIENTO (a los 6 meses)

1. Diagnóstico de Salud Mental - Comorbilidad

Esquizofrenia

Episodio Depresivo

Trastorno de personalidad

Abuso de sustancias

Otros

Especificificar: \_\_\_\_\_

## 2. Disposición Terapéutica

2.1 ¿Cumplió con el tratamiento Indicado?

Sí

No

2.2. Tratamiento Farmacológico

Regular

Irregular

Abandono

2.3. Número de sesiones por tipo de intervención:

Consulta médica ( )

Intervención Individual ( )

Intervención familiar ( )

Psicoterapia individual ( )

Consulta psicológica ( )

Visita familiar integral ( )

2.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud

Sí

No

## 3. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

Realiza actividades Personal/familiares:

Totalmente

Parcialmente

Realiza actividades labores:

Totalmente

Parcialmente

Realiza actividades sociales

Totalmente

Parcialmente

## 3. EVOLUCIÓN

Favorable

Estacionaria

Desfavorable

Abandono del tratamiento

Alta

Pérdida de Seguimiento

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA  
LA FICHA DE REGISTRO



Código único de Ficha \_\_\_\_\_

Fecha de notificación \_\_\_\_\_

**I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

RED/DISA/DIRESA/GERESA \_\_\_\_\_

Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_

Nivel de atención \_\_\_\_\_

Fecha de atención \_\_\_\_\_

**II. DATOS DEL PACIENTE**

1. APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

NOMBRES \_\_\_\_\_

2. N.º H. Clínica \_\_\_\_\_

3. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

4. Teléfono \_\_\_\_\_

5. Celular (apoderado) \_\_\_\_\_

6. N.º DNI \_\_\_\_\_

7. Dirección Actual \_\_\_\_\_

8. Departamento \_\_\_\_\_

9. Provincia \_\_\_\_\_

10. Distrito \_\_\_\_\_

11. Edad \_\_\_\_\_

12. Sexo

F

M

13. Seguro de salud:

Sí

No

( )

14. Tipo de Seguro \_\_\_\_\_

15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas?

Padres

Hermanos

Pareja

Abandono Social

Otros

Especificificar \_\_\_\_\_

16. Grado de Instrucción

Sin instrucción

Primaria

Secundaria

Universitario

Técnico

17. Ocupación \_\_\_\_\_

18. Gestante:

Si

No

Edad Gestacional \_\_\_\_\_

19. Puérpera

Si

No

Semanas Postparto \_\_\_\_\_

**III. DATOS DEL EVENTO****1. Criterios diagnósticos**

Ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días ( )

Pérdida de energía ( )

Menoscabo del funcionamiento personal, social y laboral ( )

Pérdida de interés en las cosas que antes le gustaban ( )

Ideación suicida ( )

Intento suicida ( )

**2. DIAGNÓSTICO :**

ED moderado s/síntoma somático F32.1 ( )

ED moderado c/síntoma somático F32.1 ( )

ED grave s/síntomas psicóticos F32.2 ( )

ED grave c/síntomas psicóticos F32.3 ( )

**IV. CONDICIONES DE RIESGO:**

1. Comorbilidad Enfermedad cardiovascular ( )

Artritis/Artrosis ( )

Asma ( )

VIH/SIDA ( )

TBC ( )

Trastorno Neurológico ( )

Cáncer ( )

Trastorno Endocrinológico ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Trastorno Mental ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

**2. Antecedentes familiares:**

Con Trastornos Depresivos ( )

Con Trastornos Mentales ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

**3. Estresores Sociales:**

Periodo de duelo ( )

Violencia: Escuela ( )

Laboral ( )

Familiar ( )

Tipo de Violencia: Física ( ) Psicológica ( ) Sexual ( ) Negligencia ( )

**V. SEGUIMIENTO****SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 6 MESES****1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA**

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Sí ( ) No ( )

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico:

Regular ( ) Irregular ( ) Abandono ( )

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:

Consulta médica ( ) Intervención individual ( )

Intervención familiar ( ) Psicoterapia individual ( )

Consulta psicológica ( ) Visita familiar integral ( )

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: Sí ( ) No ( )

**2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS**

2.1. Realiza actividades Personal/ familiares:

Totalmente  Parcialmente 

2.2. Realiza actividades laborales

Totalmente  Parcialmente 

2.3. Realiza actividades sociales

Totalmente  Parcialmente 

3. EVOLUCIÓN Favorable ( ) Desfavorable ( )

Alta ( ) Abandono ( )

Pérdida de seguimiento ( )

4. CONDUCTA SUICIDA Ideación suicida No ( ) Sí ( )

Intento suicida No ( ) Sí ( )

Nº de veces: \_\_\_\_\_ Fecha del último Intento: \_\_\_\_\_

**SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 2 AÑOS****1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA**

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Sí ( ) No ( )

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico:

Regular ( ) Irregular ( ) Abandono ( )

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:

Consulta médica ( ) Intervención individual ( )

Intervención familiar ( ) Psicoterapia individual ( )

Consulta psicológica ( ) Visita familiar integral ( )

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: Sí ( ) No ( )

**2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS**

2.1. Realiza actividades Personal/ familiares:

Totalmente  Parcialmente 

2.2. Realiza actividades laborales

Totalmente  Parcialmente 

2.3. Realiza actividades sociales

Totalmente  Parcialmente 

3. EVOLUCIÓN Favorable ( ) Desfavorable ( )

Alta ( ) Abandono ( )

Pérdida de seguimiento ( )

4. CONDUCTA SUICIDA Ideación suicida No ( ) Sí ( )

Intento suicida No ( ) Sí ( )

Nº de veces: \_\_\_\_\_ Fecha del último Intento: \_\_\_\_\_



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología  
Prevención y Control de  
EnfermedadesANEXO 1: VIGILANCIA CENTINELA DEL INTENTO SUICIDA  
FICHA DE REGISTRO

Código único de Ficha \_\_\_\_\_

Fecha de notificación \_\_\_\_\_

## I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/DISA/DIRESA/GERESA \_\_\_\_\_

Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_

Nivel de atención \_\_\_\_\_

Fecha de atención \_\_\_\_\_

## II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_

APELLO MATERNO \_\_\_\_\_

NOMBRES \_\_\_\_\_

2. N.º H. Clínica \_\_\_\_\_

3. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

4. Teléfono \_\_\_\_\_

5. Celular (apoderado) \_\_\_\_\_

6. N.º DNI \_\_\_\_\_

7. Dirección Actual \_\_\_\_\_

8. Departamento \_\_\_\_\_

9. Provincia \_\_\_\_\_

10. Distrito \_\_\_\_\_

11. Edad \_\_\_\_\_

12. Sexo F  M 

13. Seguro de salud: Si ( ) No ( )

14. Tipo de Seguro \_\_\_\_\_

15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas?

Padres Hermanos Pareja Abandono Social Otros 

Especificificar \_\_\_\_\_

16. Grado de Instrucción

Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico 

17. Ocupación \_\_\_\_\_

18. Gestante: Si  No 

Edad Gestacional \_\_\_\_\_

19. Puérpera

Si  No 

Semanas Postparto \_\_\_\_\_

## III. ANTECEDENTES

1. Antecedente de intento suicida Nunca  Una Vez  Dos Vezes  Más de dos veces 

2. Edad del paciente en su primer intento suicida \_\_\_\_\_ 3. Número de intentos en el presente año \_\_\_\_\_

4. Tratamiento psicológico / psiquiátrico previo al/ los intento (s) Si  No 

## IV. CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO ACTUAL

1. Motivo (s) del Intento

- |                                                               |                                                               |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| a. Problemas con su pareja o cónyuge <input type="checkbox"/> | e. Problemas con otros parientes <input type="checkbox"/>     | i. Experiencia violenta, inesperada o traumática <input type="checkbox"/> |
| b. Problemas con sus padres <input type="checkbox"/>          | f. Problemas económicos <input type="checkbox"/>              | Especificificar: _____                                                    |
| c. Problemas con sus hijos <input type="checkbox"/>           | g. Por problemas con su salud física <input type="checkbox"/> | j. Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____                       |
| d. Problemas con sus pares <input type="checkbox"/>           | h. Por problemas en su salud mental <input type="checkbox"/>  | k. Sin motivo aparente <input type="checkbox"/>                           |

2. Planificación del intento Si  No  3. Uso de sustancias psicoactivas No  Alcohol  Marihuana  PBC  Clorhidrato de cocaína  Otro 

4. Medio utilizado

Ingesta de plaguicidas y órganos fosforados (raticidas, carbamatos, etc)  Suspensión (ahorcamiento)  Ingesta de alimentos   
 Arma blanca (hoja de afeitar, vidrio, tijera, cuchillo)  Arma de fuego (pistola, revólver)  Corrosivo (ácido muriático, desinfectante, lejía)   
 Lanzamiento al vacío  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_

5. Caso procedente de Comunidad Indígena Amazónica

Si  No 

6. Etnia Amazónica

Ashaninka  Awajún  Shipibo-Konibo  Yanesha  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_

## V. DIAGNÓSTICO ACTUAL

1. Diagnóstico Psiquiátrico

Ninguno  Episodio depresivo  Esquizofrenia  Alcoholismo  Transtorno de la personalidad  Transtorno depresivo recurrente  Otros  Especificar: \_\_\_\_\_

2. Diagnóstico de otra enfermedad médica

Ninguno  TBC  VIH/SIDA  Cáncer  Otros  Especificar: \_\_\_\_\_

3. Tipo de violencia

Ninguna  Físico  Sexual  Psicológico  Negligencia 

4. Condición final de la atención actual

Alta  Alta voluntaria o fuga  Referido  Especificar nombre del EESS: \_\_\_\_\_ Hospitalizado  Fallecido 

## VI. SEGUIMIENTO (3 meses)

## 1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

a. Número de sesiones por tipo de intervención recibida

Consulta médica ( ) Intervención individual ( ) Intervención familiar ( )  
 Consulta psicológica ( ) Psicoterapia individual ( ) Visita familiar integral ( )b. Completo número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud Si  No 

## 2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

Realiza actividades Personal/familiares:	Totalmente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/>
Realiza actividades labores y/o estudiantiles:	Totalmente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/>
Realiza actividades sociales	Totalmente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Mínima o ninguna <input type="checkbox"/>

## 3. EVOLUCIÓN

Favorable  Desfavorable sin repetición de intento suicida  Alta  Desfavorable con repetición de intento suicida  Abandono de tratamiento  Pérdida de Seguimiento FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA  
LA FICHA DE REGISTRO