

FICHA MULTISECTORIAL VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA DE VIOLENCIA FAMILIAR

1 DATOS DE LA NOTIFICACIÓN :

1.1 Fecha Registro de Ficha : día mes año

1.2 Evaluación anterior : SI NO

1.3 INSTITUCIÓN NOTIFICANTE:

MINSA	<input type="checkbox"/>	ESSALUD	<input type="checkbox"/>	PODER. JUD.	<input type="checkbox"/>
PNP	<input type="checkbox"/>	C.E.MUJER	<input type="checkbox"/>	SANIDAD	<input type="checkbox"/>
DEFENSOR.	<input type="checkbox"/>	M. EDUC.	<input type="checkbox"/>	ONG	<input type="checkbox"/>
COMMUNICI.	<input type="checkbox"/>	M.PUBLICO	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>

1.3.1 Especifique otros:

1.4 Lugar digitación:

DIRESA	RED	MICRORED	ESTABLECIMIENTO
--------	-----	----------	-----------------

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 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 Completo ☐ Primaria Incompleto ☐ Secundaria Completo ☐ Secundaria Incompleto ☐ Superior Completo ☐ Superior Incompleto ☐

2.9 Ocupación Tiene Empleo remunerado? SI NO Cuál es su ocupación

2.10 Dirección

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 Esposo(a) ☐ Conviviente ☐ Hijo(a) ☐ Padre ☐ Madre ☐ Excónyuge ☐ Ex-conviviente ☐ Otro ☐ especifique otro

3.5 Grado de Instrucción iletrada ☐ Primaria Completo ☐ Primaria Incompleto ☐ Secundaria Completo ☐ Secundaria Incompleto ☐ Superior Completo ☐ 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: día mes año

4.3 Estado del Agresor : Ecuánime ☐ Efecto de Drogas ☐ Efecto de Alcohol ☐ Otros

4.4 Tipo de Violencia (CIE): T74.1 Física ☐ T74.3 Psicológica ☐ T74.2 Violencia Sexual ☐ T74.0 Abandono ☐

4.5 Medio Utilizado : Según tipo de violencia

Física: Propio Cuerpo <input type="checkbox"/>	Arma blanca <input type="checkbox"/>	Arma de fuego <input type="checkbox"/>	Objeto contundente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="text"/>
Psicológica: Indiferencia <input type="checkbox"/>	Maltrato Verbal <input type="checkbox"/>	Amenazas <input type="checkbox"/>	Otros <input type="text"/>	
Violencia Sexual: Acoso Sexual <input type="checkbox"/>	Violación <input type="checkbox"/>	Sedución <input type="checkbox"/>	Otros <input type="text"/>	

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° H. Clínica _____
3. Fecha de Nacimiento _____ 4. Teléfono _____ 5. Celular (apoderado) _____ 6. N° 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 ☐ Especificar _____
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 ☐ Calda brusca ☐ Bajo peso al nacer ☐
2. Antecedente familiar con trastornos psiquiátricos o problemas psicosociales Si ☐ No ☐ Especificar: _____
3. Tipo de Violencia: Ninguna ☐ Físico ☐ Sexual ☐ Psicológico ☐ Negligencia ☐
4. Consumo de sustancias psicoactivas Alcohol ☐ Tabaco ☐ Marihuana ☐ PBC ☐ Otro ☐ Especificar: _____

IV. CARACTERÍSTICAS 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 ☐ Especificar: _____

V. SEGUIMIENTO (a los 6 meses)

1. Diagnóstico de Salud Mental - Comorbilidad
Esquizofrenia ☐ Episodio Depresivo ☐ Trastorno de personalidad ☐ Abuso de sustancias ☐ Otros ☐ Especificar: _____
2. Disposición Terapéutica
2.1 ¿Cumplió con el tratamiento indicado? Si ☐ 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 Si ☐ 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



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología
Prevención y Control de
EnfermedadesANEXO 2: VIGILANCIA CENTINELA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE
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° H. Clínica

3. Fecha de Nacimiento

4. Teléfono

5. Celular (apoderado)

6. N° 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 ☐

Especificar

16. Grado de Instrucción

Sin instrucción ☐Primaria ☐Secundaria ☐Universitario ☐Técnico ☐

17. Ocupación

18. Gestante: Si ☐ No ☐

Edad Gestacional

19. Puerpera 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: Si (☐) 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?: Si (☐) 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 (☐)

N° de veces: _____

Fecha del último Intento: _____

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 2 AÑOS

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Si (☐) 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?: Si (☐) 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 (☐)

N° de veces: _____

Fecha del último Intento: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA
LA FICHA DE REGISTRO



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

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

2. N° H. Clínica

3. Fecha de Nacimiento

4. Teléfono

5. Celular (apoderado)

6. N° 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 ☐

Especificar

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 Veces ☐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 ☐e. Problemas con otros parientes ☐i. Experiencia violenta, inesperada o traumática ☐b. Problemas con sus padres ☐f. Problemas económicos ☐

Especificar: _____

c. Problemas con sus hijos ☐g. Por problemas con su salud física ☐j. Otro ☐ Especificar: _____d. Problemas con sus pares ☐h. Por problemas en su salud mental ☐k. Sin motivo aparente ☐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 ☐Trastorno de la personalidad ☐Trastorno 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 ☐Parcialmente ☐

Realiza actividades labores y/o estudiantiles:

Totalmente ☐Parcialmente ☐

Realiza actividades sociales

Totalmente ☐Parcialmente ☐Mínima o ninguna ☐

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