



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL



FORMULARIO DE REGISTRO Y ATENCIÓN A NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DEL MALTRATO Y ABUSO SEXUAL



Organización
Panamericana
de la Salud



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Dirección General de Programas de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social



Formulario de Registro y atención a Niños/as y adolescentes víctimas del maltrato y abuso sexual

HISTORIA CLÍNICA N°

Identificación del Niño/a		Impresión Digital
Nombre:	Apellido:	
C.I.:	Fecha de Nacimiento (día/mes/año):	
Sexo:		
Con quien vive:		
Domicilio: Teléfono:	Localidad:	
Escuela/Colegio:	Grado/Curso:	
Padres y/o Tutores		
Padre: Nombre y Apellido:		C.I. N°:
Domicilio: Teléfono:	Localidad:	Departamento:
Madre: Nombre y Apellido:		C.I. N°:
Domicilio: Teléfono:	Localidad:	Departamento:
Tutor/es Nombre y Apellido:		C.I. N°:
Domicilio: Teléfono:	Localidad:	Departamento:
Acompañantes		
Nombre y Apellido:		C.I. N°:
Relación con la víctima:		
Domicilio: Teléfono:	Localidad:	Departamento:
Notificación del caso:		
Fecha de notificación (día, mes, año):		
Institución:		
Servicio/Consulta:		
Región Sanitaria:		
Nombre del Profesional:	R.P. N°:	Sello y Firma:



INFORME:	
Informe telefónico a la Policía: Si () No ()	Nombre de quien recibe la información: C.I.:
Informe telefónico al Ministerio Público: Si () No ()	Reportado por: Fecha: Hora: Nombre de quien recibe la información: C.I.:
Nº de oficio o Nota:	Fiscal o juez: Jurisdicción:

REFERIDO POR EL PACIENTE: <i>Anote lo referido por el examinado/a o su acompañante.</i>	
Presunto agresor: Nombre y Apellido: Conocido: Desconocido:	
Sexo: M () F ()	Relación con la víctima:
IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Marque los síntomas y/o signos identificados): Para una explicación detallada de los indicadores, vease en la siguiente hoja.	

1) MALTRATO FÍSICO

1	Magulladuras o Moretones
2	Quemaduras
3	Heridas
4	Lesiones Viserales
5	Mordeduras Humanas
6	Intoxicación forzada
7	Fractura sospechosa
8	Falta de piezas dentales
9	Sospecha de niño sarandeado
10	Hemorragias

2) NEGLIGENCIA

1	Escasa Higiene
2	Falta de supervisión y resguardo
3	Cansancio o apatía permanente
4	Problemas físicos o necesidades médicas
5	Es explotado, se le hace trabajar en exceso
6	Problemas en la escuela
7	Ha sido abandonado
8	Tiene piojos, escabiosis y/o tungiasis (piques)
9	Esquema de vacunación incompleta
10	Caries
11	Accidentes prevenibles
12	Desnutrición visible

3) MALTRATO EMOCIONAL

1	Retraso (físico, emocional y/o intelectual)
2	Tartamudeo
3	Tics nervioso
4	Inquietud
5	Quietud
6	Mecerse
7	Comerse las uñas
8	Cuidados excesivos / sobreprotección
9	Niños/as testigos de violencia
10	Miedo al adulto

4) ABUSO SEXUAL

1	Contacto físico con penetración
2	Contacto físico sin penetración
3	Dificultad para andar y sentarse
4	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
5	Contusiones o sangrado de los genitales externos
6	Cérvix o vulva hinchada o roja
7	Semen en la boca, genitales o ropa
8	Infección de transmisión sexual
9	Apertura anal anormal



5) INDICADORES CONDUCTUALES DE ABUSO

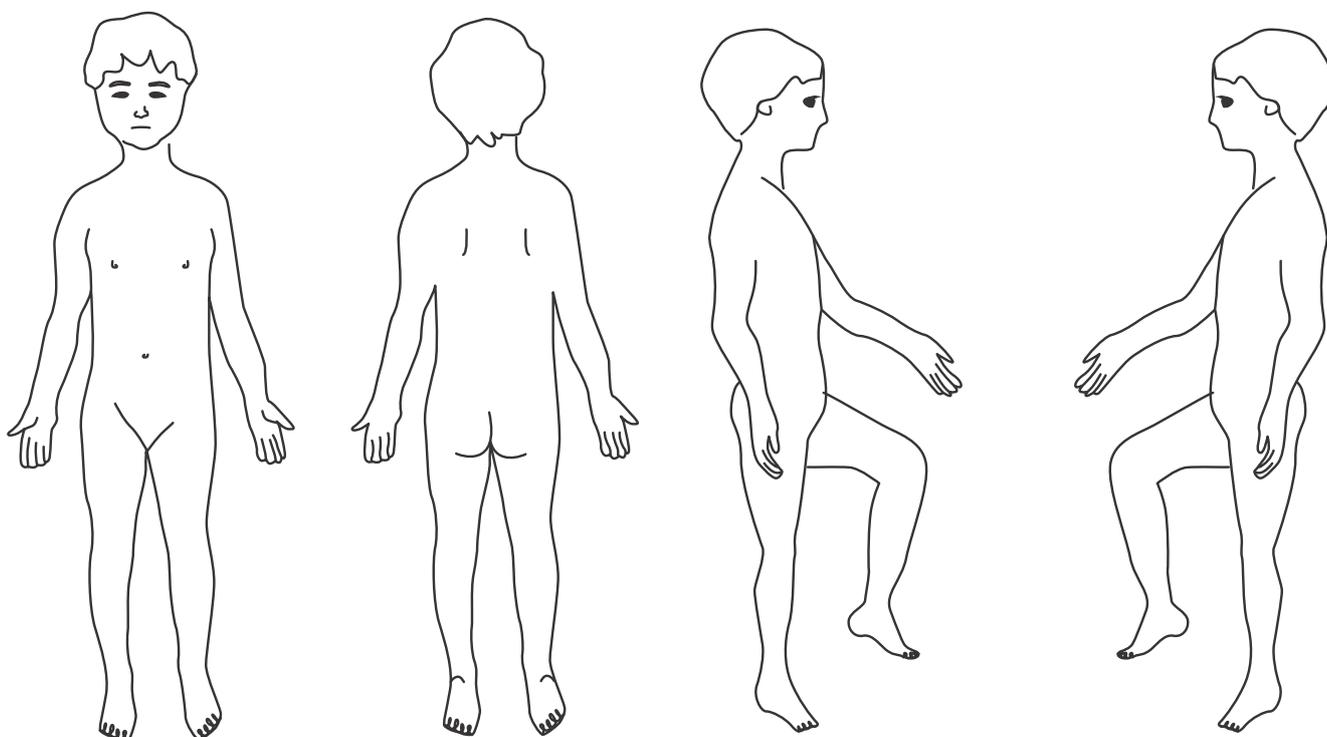
1	Vocabulario relacionado a lo sexual
2	Retraimiento o conducta fantasiosa
3	Conocimiento sexual inusual para su edad
4	Miedo a dormir solo o sola. Terrores nocturnos
5	Insomnio
6	Disturbios de control de esfínteres, enuresis, encopresis
7	Relaciones pobres con los tutores o padres
8	Resistencia a sacarse la ropa
9	Conductas delictivas o fugas del hogar
10	Intento de suicidio
11	Desórdenes alimenticios
12	Masturbación compulsiva
13	Aislamiento
14	Síntomas depresivos. Crisis conversivas
15	Bajo rendimiento escolar
16	Baja autoestima
17	Aprehensión ante uno de los tutores u otros

6) FACTORES DE VULNERABILIDAD

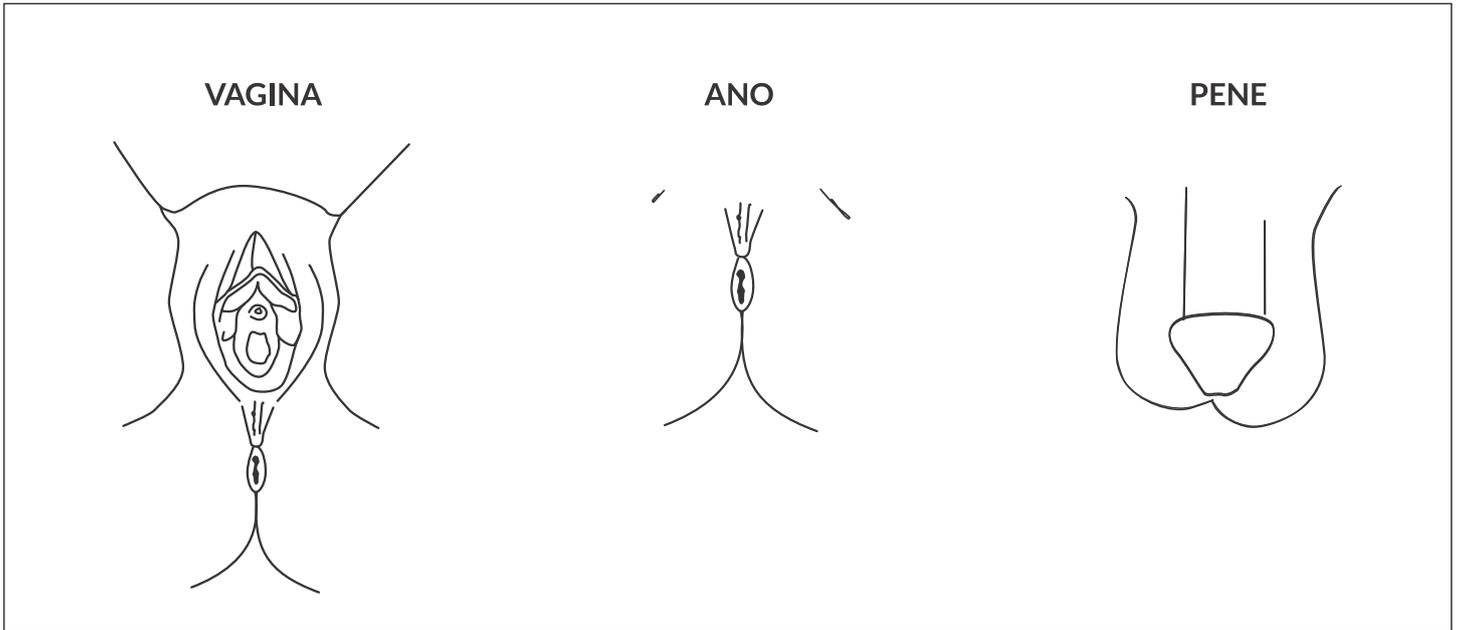
1	Familias migrantes o familias disfuncionales
2	Familias pluriparentales
3	Adicciones (drogas, alcohol, otros)
4	Situaciones de stress (económicas, familiares)
5	Situación de pobreza
6	Desempleo
7	Baja escolaridad
8	Embarazo adolescente no planificado
9	Maltrato en la niñez
10	No identificación de la conducta maltratante
11	Deseo o no de tener al hijo/a
12	Carencia de apoyo familiar y social
13	Violencia en la pareja
14	Ubicación del niño/a entre los hermanos/as
15	Hijos/as con discapacidad
16	Comportamientos difíciles
17	Multiparidad
18	Niños en situación de calle

7) TRAUMAGRAMA

TIEMPO DE TRANSCURRIDO EL INCIDENTE:.....



Señale la localización de la lesión y/o signos hallados



8) DESCRIPCIÓN DEL TANNER Y LA LESIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

9) OTROS SÍNTOMAS CONDUCTUALES O COMENTARIOS:

.....

.....

.....

.....

.....

10) TOMA DE MUESTRA:

Se recolecta muestra: SI () NO ()

Sangre:

Orina:

Prendas:

Otros:

Profesional responsable de la recolección de la muestra:

Utilizó el formulario de la cadena de custodia?: SI () NO ()

Firma y Sello:



11) DIAGNÓSTICO - Codificación CIE-10

- 1).....
- 2).....
- 3).....

Exámenes complementarios (orina, sangre, tomografía, radiografía, otros):

- 1).....
- 2).....
- 3).....

12) TRATAMIENTO

Prevención de embarazo	Si	No	Despistaje de ITS's	Si	No
HIV (Prevención)	Si	No	Vacunación	Si	No
Terapéutica			Antibiótica o de otro tipo	Si	No

Describe:

Interconsultas, remisión, otras recomendaciones:

13) NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL MÉDICO/A QUE REALIZA EL EXAMEN

NOMBRE Y APELLIDO :

FIRMA Y REGISTRO:

LUGAR:

FECHA:

HORA: