

DEFENSA PENAL

FORMULARIO DE INFORMACION

IMPUTADOS, VICTIMA, MENORES E INCAPACES

Rol de la Intervención:

- Defensor imputado
- Representante complementario menor imputado
- Apoderado querellado
- Patrocinante demandado civil
- Patrocinante tercero
- Apoderado victima
- Patrocinante terceros
- Patrocinante de victima
- Representante víctima
- Representante complementario victima
- Representante complementario terceros

I. CONDICIONES PERSONALES

1. **Nombre y Apellido:**

2. **Alias:**

3. **Fecha de Nacimiento:**

--	--	--

 (dd/mm/aa)

4. **Tipo de Documento (marque con una cruz):**

a) DNI	
b) DNI Extranjero	



c) Indocumentado	
d) LC	
e) LE	
f) Partida de Nacimiento	
g) Pasaporte	
h) Residencia Precaria	

5. **Número de documento:**

6. **Sexo (marque con una cruz):**

a) Femenino	
b) Masculino	

7. **Identidad de Género (ley 26743)- (Marque con una cruz):**

a) mujer cis	
b) varon cis	
c) mujer trans	
d) varon trans	
e) travesti	

8. **Estado Civil (marque con una cruz)**

a) Concubino	
--------------	--



b) Soltero	
c) Casado	
d) Divorciado	

II. INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Origen, educación, situación laboral

1. **País de Nacimiento: (LISTADO)**

2. **País de Residencia: (LISTADO)**

3. **Si no es originario de Córdoba indicar procedencia (marque con una cruz):**

a. Otra Provincia	
b. País Limítrofe	
c. País No Limítrofe	

• **Fecha aprox. de ingreso al país: (dd/mm/aa)**

--	--	--

• **Motivo de ingreso:**

a) Estudio	
b) Trabajo	
c) Pareja	
d) Razones familiares	



e) Turismo	
f) Salud	
g) Deportes	

4. **Tipo de Domicilio:**

Rural	
Urbano	

5. **Dirección:**

--

6. **Tipo de teléfono:**

a) Celular	
b) Fijo	

7. **Número de teléfono:**

--

8. **Correo electrónico:**

--



9. **Redes sociales:**

--

10. **Nivel Educativo máximo alcanzado** (*marque con una cruz*):

a)	Sin instrucción	
b)	Primario incompleto	
c)	Primario completo	
d)	Secundario incompleto	
e)	Secundario completo	
f)	Terciario incompleto	
g)	Terciario completo	
h)	Universitario incompleto	
i)	Universitario completo	
j)	Post Universitaria	

- ¿Cursa estudios? **SÍ** **No**

- *Tipo de Institución dónde los cursa:*

a) Privada	
b) Pública Nacional	



c) Pública Provincial	
d) Pública Municipal	
e) Institución fuera del país	

11. Condición laboral: Ocupación:

a) Changas-Trabajo Informal	
b) Empleada/o Doméstica/o	
c) Profesional	
d) Autónomo- Por cuenta propia	
e) Obrera/o-Empleada/o	
f) Patronal-Empleador/a	
g) Desempleado/a	

12. Remuneración o suma aproximada que percibe mensualmente:

--

13. Domicilio Laboral:

--



2. Datos referidos a la salud

1. Cobertura Médica (*marque con una cruz*):

a) Obra Social	<input type="checkbox"/>
b) Sistema Público Gratuito	<input type="checkbox"/>

2. Existencia de alguna enfermedad (*marque con una cruz*):

a) Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>
b) Respiratorias	<input type="checkbox"/>
c) Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>
d) Gastroenterológicas	<input type="checkbox"/>
e) Hepatitis Virales	<input type="checkbox"/>
f) Vectoriales	<input type="checkbox"/>
g) Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>
h) Cáncer (leucemias,	<input type="checkbox"/>
i) Diabetes	<input type="checkbox"/>
j) Alérgicas	<input type="checkbox"/>
k) Neurológicas	<input type="checkbox"/>
l) Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>
m) Adicciones	<input type="checkbox"/>



3. **Discapacidad:**

a) Física	
b) Auditiva	
c) Visual	
d) Cognitiva	
e) Intelectual	
f) No tiene discapacidad	Por defecto

- **Campo Para Adjuntar El Certificado**
- **Campo para adjuntar la Sentencia Civil de Incapacidad o Restricción de Capacidad**

4. **¿Recibe tratamiento médico? Si No**

5. **Lugar donde se lo prescribieron o atendieron:**

a) Institución Pública	
b) Institución Privada	

6. **¿Recibe medicación? Si No**

7. **¿La recibe en el lugar de detención? Si No**



3 Prestaciones sociales:

a) Programas sociales Plan Nacional de Seguridad Alimentaria	
b) Plan Nacional de Primera Infancia	
c) Plan Nacional de Protección Social PROGRESAR	
d) Programa Hogar Tarifa social	
e) Subsidio social para medicamentos ambulatorios – PAMI SUMAR	
f) Incluir Salud Servicio Nacional de Rehabilitación – C.U.D. emitidos	
g) Monotributo Social Jóvenes más y mejor trabajo	
h) Planes Nacionales de empleo Seguro de capacitación y empleo Hacemos futuro (ex PRIST)	
i) Proyectos productivos comunitarios	
j) Pensiones no contributivas PNC por invalidez	
k) PNC Madres 7 hijos o más Pensión Honorífica de Veteranos de Guerra del Atlántico Sur PNC	
l) Vejez PNC Graciables y Leyes Especiales Seguridad social	
m) Seguro de desempleo Jubilaciones y pensiones SIPA	
n) Asignación universal para protección social por hijo e hijo con discapacidad	
o) Asignación universal para protección social: embarazo Asignación familiar por hijo e hijo con discapacidad	
p) Asignación familiar prenatal	
q) IFE Otros programas o prestaciones (<i>Especificar</i>):	



4 Grupo familiar:

1. Composición del Grupo Familiar:

(Si tiene más de un hijo, volver a desplegar las preguntas a continuación para cada hijo).

a) Número de Hijos: _____ 0 POR DEFECTO

b) Menores convivientes Si No

a. Nombre de Hijo

b. Edad del Hijo

c. ¿Está a cargo? Si No

1. Exclusivamente: Si No

2. Compartido: Si No

d. ¿Está escolarizado? Si No

e. ¿Posee Enfermedades? Si No

f. ¿Es discapacitado? Si No

g. ¿Convive con otras personas en el domicilio? Si No

(quienes) desplegar opciones: padre, madre, suegro, suegra, cuñado, cuñada, hijos de la pareja.

III. INFORMACION DE LA CAUSA:

1. Autoridades Intervinientes:

1. **Unidad Judicial o dependencia que tramita el sumario: agregar listado**
2. **Nro. De Sumario:**
3. **Lugar de Detención:**
4. **Fiscalía:**
5. **Número de SAC PRINCIPAL:**
6. **Defensoría Interviniente:**



7. **Carácter de la Representación: Tipo de carpeta.**
8. **Delito que se le imputa:**
9. **Planilla Prontuaria: Campo adjunto**

2 Información sobre el hecho:

1. Modalidad Privación de la Libertad:

- Aprehensión en Flagrancia**
- Aprehensión en Cuasi flagrancia**
- Aprehensión Civil**
- Arresto**
- Decreto de Detención**
- Prisión Preventiva**
- Prisión Domiciliaria**

2. Delito/ Calificación: Nomenclador de Delitos ARNro.1602/19

- **Tipo de participación: Si No**
- **Concurso: Si No**
- **Tentativo o consumado: Si No**

3. Rebeldía: Si No

¿Existió un pedido de captura previa? Si No

4. Descripción del hecho de acuerdo al sumario: (desde sistema Sumario Judicial y/o tipear del relato del papel)



3 Información del imputado:

1. Descripción del hecho de acuerdo a la persona privada de libertad: (archivo adjunto o texto)
2. ¿Reconoció el hecho? Si No
3. ¿Lo cometió? Si No
4. ¿Portaba Arma? Si No
5. Identificación y datos de contacto del/de la denunciante: **SE CARGA EN PARTES**
6. Identificación y datos de contacto del/de la damnificado/a: **SE CARGA EN PARTES**
7. Identificación y datos de contacto del/de la víctima: **SE CARGA EN PARTES**
8. Identificación y datos de contacto de testigos: **SE CARGA EN PARTES**
9. Identificación y datos de contacto de otros/as imputados/as: **SE CARGA EN PARTES**
10. Pruebas, elementos secuestrados: Se detallan los medios de prueba según la siguiente clasificación:

INSPECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN (Arts. 195 a 202)

- Inspección Judicial (Art. 195) Croquis
- Inspección Corporal y Mental (Art.198)
- Identificación de Cadáveres (Art. 199)
- Reconstrucción del Hecho (Art. 200)
- Operaciones Técnicas (Art. 201)

REGISTRO Y REQUISA (Arts. 203 a 209)

- Registro (Art. 203)
- Allanamiento de la Morada (Art. 204)
- Allanamiento de otros locales (Art. 205)
- Allanamiento Sin Orden (Art. 206)
- Orden de Requisa Personal (Art. 208)



SECUESTRO (Arts. 210 a 217)

- Orden de Secuestro (Art. 210)
- Orden de Presentación (Art. 211)
- Intercepción de Correspondencia (Art.214)
- Intervención de Comunicaciones (Art. 216)

TESTIGOS (Arts. 218 a 230)

- Testimonial (Art. 218)
- Testimonio víctima
- Declaración por escrito (Art. 228)
- Examen en el Domicilio (Art. 229)

PERITOS (Arts. 231 a 246)

- Pericias (Art. 231)
- Química
- ADN
- Psicológica
- Psiquiátrica
- Psiquiátrica del Art. 85 CPP
- Interdisciplinaria
- Medica
- Cámara Gesell
- Caligráfica
- Autopsia Necesaria (Art. 243)
- Cotejo de Documentos (Art. 244)

INTÉRPRETES (Arts. 247 y 248)

- Designación de intérprete (Art. 247)

RECONOCIMIENTOS (Arts. 249 a 250)

- Reconocimiento de su persona (Art. 249)
- Interrogatorio Previo (Art. 250)
- Reconocimiento por Fotografía (Art. 253)
- Reconocimiento de Cosas (Art. 254)



CAREOS (Arts. 255 a 257)

- Careo de personas (Art. 255)

INFORMATIVA - INSTRUMENTAL

- Exposición informativa
- Informe 101 (Policía)
- Acta policial
- Acta de aprehensión
- Informe técnico numérico

11. **Archivo adjunto sobre la prueba (permitir más de uno)**

12. **Antecedentes Psiquiátricos: Si No**

13. **Internaciones: (período)**

14. **Adicciones: Si No**

15. **LISTADO DE ADICCIONES**

a) **Sustancias lícitas**

- *Alcohol*
- *Tabaco*
- *Medicamentos*

b) **Sustancias ilícitas**

- *Cannabis*
- *Cocaína*
- *MDMA o éxtasis*
- *Pasta base de cocaína*
- *LSD*

3.1 Información sobre la detención del imputado:

1. **Fecha y Hora de la Detención de acuerdo al Sumario: ESTO SE CARGA EN PERIODOS**
2. **Exhibe documento en el momento de la Detención: Si No**



3. Medidas Dispuestas por el Fiscal:

- i. Enviarlo/a al lugar de Detención.
- ii. Ordenar la revisión médica.
- iii. Solicitar antecedentes penales.

4. Fecha y Hora del labrado del Acta:

5. Fecha y Hora del ingreso al lugar de Detención:

6. Antecedentes del Detenido

- Antecedentes penales: Adjuntos.
- Causas: Nro de OTROS EXPEDIENTES SAC.
- Condenas previas: Si No
- Están cumplidas: Si No
- Fecha de cumplimiento de condena
- Tribunal que lo condenó: lista de ORGANISMOS JUDICIALES Y MPF. Tribunal de otra provincia o tribunales federales.
- Declaración de Reincidente: Si No

7. Información de Contacto.

1. Nombre de la Persona de referencia en libertad
2. Teléfono de Contacto:
3. Domicilio, persona de contacto

4 Información de la víctima:

1. **Existencia de alguna enfermedad: Está en el apartado de Observación sobre el estado de salud**
2. **Enfermedad lesión o secuela relacionada con el hecho del que ha sido víctima: Si No**
3. **Asistencia medida psiquiátrica o psicológica actual: Si No**
4. **Profesional tratante/s: Nombre y apellido**



5. Concurrencia pasada o presente al Centro de Asistencia a la Víctima: Si
 No
6. Polo de la Mujer u otra institución pública o privada: Si No
7. Concurrencia a un centro médico público o privado: Si No
8. Completar Parte General Condiciones Personales e Indicadores Sociodemográficos

5 Información de la víctima menor o incapaz

1. Completar Parte General Condiciones Personales e Indicadores Sociodemográficos

2. Composición del Grupo Familiar:

a) 1. Padres biológicos individualizados: Si No

b) Nombre de la madre

c) Nombre del padre:

d) Convive con padre o madre (*marque con una cruz*):

1. Madre	
2. Padre	
3. Ninguno	
4. Ambos	

e) Hermanos convivientes: Si No

1. Mayores de edad	
2. Menores	



f) Hermanos no convivientes: Si No

1. Mayores de edad	
2. Menores	

g) Convive con otro familiar:

1. Tíos	
2. Abuelos	
3. Primos	
4. Otros	

3. Está o estuvo institucionalizado: si no

Listado de instituciones en Córdoba:

Complejo Esperanza Módulo IV (San Jorge) (sector 1)
Complejo Esperanza Módulo IV (San Jorge) (sector 2)
Complejo Esperanza Módulo IV (San Jorge) (sector 3)
Complejo Esperanza Módulo IV (San Jorge) (sector 4)
Complejo Esperanza Modulo I (ex Horizonte)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector A)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector B)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector C)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector D)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 1)



Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 2)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 3)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 4)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 5)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 6)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 7)
Complejo Esperanza Módulo II (Nvo. Sol) (sector 8)
Complejo Esperanza Módulo III (Pasos de vida)
Cesam
Por un Mundo Mejor
Complejo Carcelario Padre Luchese"
Obra de B° Muller (Padre Mariano Oberlin)
Residencia Medio Camino
Casa Achaval
Complejo Esperanza CAD
Con familia extensa
Con familia comunitaria
Con Familia para Familias
En el hogar
Hotel
En residencia



En situación de calle
Sierras Doradas

4. **Observación sobre el estado salud: Completar el punto 2 sobre estado de Salud de Indicadores Sociodemográficos**
5. **Existencia de alguna enfermedad. Si No**
6. **MADRE:**
 - **A cargo del menor o incapaz Si No**
 - **Completar Parte General en Condiciones Personales.**
7. **PADRE**
 - **A cargo del menor o incapaz Si No**
 - **Completar Parte General en Condiciones Personales.**
8. **OTRO ADULTO RESPONSABLE DEL MENOR O INCAPAZ:**
 - **RELACIÓN VÍCTIMA-IMPUTADO**
 - **Familiar: Parentesco:**
 - **Otra: (especificar)**

