

EXPEDIENTE:		FECHA	HORA
Funcionario (a) Receptor (a):			
DATOS DE LA VICTIMA			
Apellidos y Nombres:			
Cedula de identidad:		Sexo:	
Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:	
Nacionalidad:	Profesión u Ocupación:		
Teléfono:			
Dirección:			
Parroquia:		Municipio:	
DATOS DE (EL, LA) AGRESOR (A)			
Apellidos y Nombres:			
Cedula de identidad:		Sexo:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Nacionalidad:			
Profesión u Ocupación:			
Grado de Instrucción:			
¿Posee Antecedentes Policiales?	Si:	NO:	
Cuales:			
Vínculo con la Víctima:			
Consume Sustancias Psicotrópicas:	Si:	NO:	
Consume Bebidas Alcohólicas:	Si:	NO:	
Cuales:			
Posee Armas	Si:	Cuales:	NO:
FORMAS DE VIOLENCIAS			
PSICOLÓGICA		LABORAL	
ACOSO U HOSTIGAMIENTO		PATRIMONIAL Y ECONÓMICA	
AMENAZA		OBSTÉTRICA	
FÍSICA		ESTERILIZACIÓN FORZADA	
DOMESTICA		MEDIÁTICA	
SEXUAL		INSTITUCIONAL	
ACCESO CARNAL VIOLENTO		SIMBÓLICA	
PROSTITUCIÓN FORZADA		TRAFICO DE MUJERES NIÑAS Y ADOLESCENTES	
ESCLAVITUD SEXUAL		TRATA DE MUJERES NIÑAS Y ADOLESCENTES	
ACOSO SEXUAL			
Firma: _____		H. Dactilar Izquierda	H. Dactilar Derecha