

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE

Centro o Servicio que remite la solicitud			
Entidad Local adherida de la que depende*			
Profesional que realiza el seguimiento de la usuaria			
Cargo o función			
Teléfono 1		Teléfono 2	
Correo electrónico*			
Dirección postal			
Observaciones			

Solicito, una vez comprobado el cumplimiento de los requisitos de acceso de conformidad con el apartado 4 del Protocolo de Actuación, cursen el traslado de su expediente en el Servicio ATENPRO, a favor de:

Nombre*	
Apellidos*	
Nº Documento*	

En _____ a 

(Firma y sello de la entidad)

Fdo: _____ Cargo: _____



LIMPIAR



IMPRIMIR



GUARDAR

*Campos obligatorios

Página 1/7

Código / Expte:

FICHA DE DATOS

Datos de la Usuaría

Nombre*			
Apellidos*			
Tipo de documento*		Nº Documento*	
Fecha de nacimiento*	____/____/____	Estado civil	
País de nacimiento		Nacionalidad*	
Idioma*		Nivel comunicación	
Nivel de estudios		Situación laboral	
Nº total de hijos/as		Nº hijos/as menores*	
Discapacidad*	☐ Si ☐ No		

Tipo y grado de discapacidad

Física	
Psíquica o psicosocial	
Sensorial	
Intelectual o cognitiva	

Observaciones

--

Localización de la Usuaría

Teléfono 1		Teléfono 2	
------------	--	------------	--

Domicilio principal de residencia

Dirección							
Número		Esc/Portal		Piso		Puerta	
Código Postal*		Distrito/Pedanía					
Municipio*			Provincia*				

Observaciones Domicilio Principal

--



LIMPIAR



IMPRIMIR



GUARDAR

*Campos obligatorios

Página 2/7

Otro domicilio/dirección habitual

Nombre empresa/centro

Dirección

Número

Esc/Portal

Piso

Puerta

Código Postal

Distrito/Pedanía

Municipio

Provincia

Teléfono 1

Teléfono 2

Observaciones Otro Domicilio

Estado de la Usuaría

Describir en caso de problemas de salud física o mental, otra información o antecedentes relevantes para su atención desde el Servicio, tratamiento actual...

Núcleo Convivencial

	Nombre y apellidos	Relación	Fecha nacimiento	Teléfono
a			___/___/___	
b			___/___/___	
c			___/___/___	
d			___/___/___	
e			___/___/___	

Observaciones (especificar según letra asignada a cada persona conviviente).

Personas de Contacto (no facilitar datos de personas que no conocen situación de maltrato)

	Nombre y apellidos	Relación	Telf. 1	Telf. 2	Municipio	Llaves
1						
2						
3						
4						

Observaciones (especificar según número asignado a cada persona de contacto)

Descripción del Agresor

N° agresores

Año de nacimiento

Estado civil

País de nacimiento

Nacionalidad

Nivel de estudios

Situación laboral

Discapacidad

☐ Sí ☐ No

Provincia en la que reside

Tipo y grado de discapacidad

Física

Psíquica o psicosocial

Sensorial

Intelectual o cognitiva

Describir datos relevantes para su descripción (estatura, complexión, marcas visibles...)

Describir vehículo/s (marca, modelo, color)

Indicadores de riesgo por parte del agresor

- ☐ Dispone de armas (describir tipo)
☐ Antecedentes por otros delitos
- ☐ Ingreso/s en prisión
- ☐ Quebrantamiento de medidas
- ☐ Historial de violencia con pareja anterior
- ☐ Violencia durante el embarazo de la usuaria
- ☐ Violencia física en presencia de hijos/as o entorno usuaria
- ☐ Amenazas con armas u objetos peligrosos
- ☐ Amenazas de lesión grave/muerte
- ☐ Amenazas/agresiones hacia hijos/as o entorno usuaria
- ☐ Tentativa de homicidio
- ☐ Consumo abusivo de sustancias
- ☐ Trastorno mental diagnosticado
- ☐ Manifestaciones/intentos de suicidio
- ☐ Otros (especificar en Observaciones)

Observaciones



LIMPIAR



IMPRIMIR



GUARDAR

*Campos obligatorios

| Página 4/7

Historial de Violencia

Tipo de violencia*

¿La violencia se ha ejercido en el ámbito digital?

Relación del agresor con la usuaria*

Si procede, facilitar información adicional sobre la situación de violencia o si existen otras formas de violencia identificadas. Describir en caso de riesgo de movilidad internacional, secuestro o traslado

¿La usuaria ha requerido atención hospitalaria por las agresiones?

☐ Si ☐ No

¿El agresor conoce...?

Dirección habitual de la usuaria

☐ Si ☐ No

Centro educativo/laboral de la usuaria

☐ Si ☐ No

Centro educativo menores

☐ Si ☐ No

Describir si hay menores u otras personas en riesgo

Describir cuando haya riesgo de maltrato por personas diferentes al agresor por el que se solicita el Servicio

Situación Judicial

Estado actual de las medidas penales*

En caso de medida/orden de protección en vigor:

Fecha en que se acordó

____/____/____

Duración de la medida

Medidas penales acordadas (Obligatorio indicar en caso de disponer de medidas vigentes)

- | | |
|--|--|
| ☐ Prohibición de comunicación | ☐ Prohibición de aproximación <input type="text"/> metros |
| ☐ Retirada de armas | ☐ Prohibición de residencia |
| ☐ Privación de libertad | ☐ Inhabilitación profesional |
| ☐ Trabajos en beneficio de la comunidad | ☐ Otras medidas (especificar en Observaciones) |

Observaciones

Describir si existen medidas civiles en el caso de hijas/os menores en común (régimen de visitas, guarda y custodia, punto de encuentro...)



LIMPIAR



IMPRIMIR



GUARDAR

*Campos obligatorios

Página 5/7

Valoración Policial del Riesgo

Valoración Policial del Riesgo

Fecha de la valoración

 / /

Otras valoraciones (Ministerio Fiscal, Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito, etc.)



LIMPIAR



IMPRIMIR



GUARDAR

*Campos obligatorios

Página 6/7

FICHA DE RECURSOS DE EMERGENCIA
Fuerzas / Cuerpos Seguridad por orden prioridad

	Nombre del recurso	Teléfonos 9 dígitos para llamar desde otras provincias	
1			
2			
3			

Observaciones (especificar según número asignado como orden de prioridad)

Recursos sociales de emergencia

	Nombre del recurso	Teléfonos 9 dígitos para llamar desde otras provincias	
1			
2			
3			

Observaciones (especificar según número asignado como orden de prioridad)

Otros Recursos

	Nombre del recurso	Teléfonos 9 dígitos para llamar desde otras provincias	
1			
2			
3			

Observaciones (especificar según número asignado como orden de prioridad)