

ANEXO II

FORMULARIO N° 1 - Lesiones de Privados de Libertad

Unidad:		Régimen		N° Formulario				
Complejo Penitenciario								
Fecha:		Hora						
Personal a Cargo del Establecimiento:								
Carácter	Dolosos	Pelea entre Internos		(marque con una cruz donde corresponda) *Firma Personal a cargo				
		Agresion de Internos						
		Otros / Especifique						
	Accidentes	Indole Laboral						
		Indole Deportivo						
		Indole Domestico						
		Otros / Especifique						
	Autolesiones	Problemas Judiciales						
		Problemas Personales						
		Problemas Familiares						
		Otros / Especifique						
	Lugar del Hecho	Sector (detallar)						
		Pabellon (Numero - Especificar)						
Celda (Numero - Especificar)								
Pasillo								
Sum de Visitas								
Patio								
Duchas								
S.A.C (Numero - Especificar)								
Campo de Deportes								
Unidad Sanitaria								
Hospital Extramuro								
Via Publica								
Vehiculo de Traslado								
Sec. Talleres								
Sec. Admisión								
Sec. Escuela / CFP								
Sec. Cocina								
Otros / Especifique								
Medio Empleado	Punzocortante							
	Cortante							
	Elemento Contundente							
	Ingesta de Cuerpo Extraño							
	Foco Igneo (Fuego)							
	Puño - Patada							
	Asfixia							
	Agua Caliente							
	Otros / Especifique							
Intervención del SPB	Uso del Arma							
	Uso de la Fuerza							
	Uso del Arma y de la Fuerza							
	Sin Intervencion de la Fuerza							
Datos de Involucrados								
Nombre y Apellido FC / LEG / DNI			Victima o Agresor	Agente/Interno Civil	Genero	Edad	Situación Judicial	Carácter de la lesión
Datos de Personal a cargo del Sector								
Nombre y Apellido			Legajo	Jerarquía	Función	Responsable Area		
						Si	No	

FORMULARIO N° 2 - HOMICIDIO

Unidad:		Régimen		N° Formulario		
Complejo Penitenciario						
Fecha:		Hora:				
Personal a Cargo del Establecimiento*						
Origen del Conflicto	Uso de espacios comunes				(marque con una cruz donde corresponda) *Firma Personal a cargo	
	Problemas durante la visita					
	Sustracción de elementos personales					
	Conflictos de convivencia					
	Otro / Especifique					
Modalidad	Pelea entre PPL					
	Agresión de un igual					
	Otra / Especifique					
Lugar del Hecho	Pabellón (Número - Especificar)					
	Celda (Número - Especificar)					
	Pasillo					
	SUM de Visitas					
	Patio					
	Duchas					
	S.A.C (Número - Especificar)					
	Campo de Deportes					
	Unidad Sanitaria					
	Hospital Extramuro					
	Vía Pública					
	Vehículo de Traslado					
	Sec. Talleres					
	Sec. Admisión					
	Sec. Escuela / CFP					
	Sec. Cocina					
Otro / Especifique						
Medio Empleado	Elemento Punzocortante					
	Elemento Cortante					
	Elemento Contundente					
	Ingesta de Cuerpo Extraño					
	Foco Ígneo (Fuego)					
	Puño - Patada					
	Asfixia					
	Agua Caliente					
	Otros / Especifique					
Datos de Involucrados**						
Nombre y Apellido		FC / LEG / DNI	Víctima o Agresor	Género	Edad	Situación Judicial

** Adjuntar listado de compañeros de pabellón y compañeros de celda

Datos del personal penitenciario a cargo			
Cargo o función	Nombre y Apellido	Jerarquía	Legajo
Encargado de Turno			
Encargado de Pabellón			
Datos del personal de salud interviniente			
Cargo o función	Nombre y Apellido	Legajo /Matrícula	
Personal de salud de guardia			
Médico que constata el óbito			
Otros datos			
UFI INTERVINIENTE			
N° IPP			
JUZGADO DE TURNO INTERVINIENTE			
TIPO ACTUACIONES INICIADAS			
CARÁTULA			
N° EXPEDIENTE			

FORMULARIO N° 3 - SUICIDIO

Unidad:	Régimen	N° Formulario
Complejo Penitenciario		
Fecha:	Hora:	
Personal a Cargo del Establecimiento*		

SUICIDIO		(marque con una cruz donde corresponda) *Firma Personal a cargo	
Modalidad	Asfixia por Ahorcamiento		
	Ingesta de Psicofármacos / Drogas		
	Otra / Especifique		
Lugar del Hecho	Pabellón (Número - Especificar)		
	Celda (Número - Especificar)		
	Pasillo		
	SUM de Visitas		
	Patio		
	Duchas		
	S.A.C (Número - Especificar)		
	Campo de Deportes		
	Unidad Sanitaria		
	Hospital Extramuro		
	Vía Pública		
	Vehículo de Traslado		
	Sec. Talleres		
	Sec. Admisión		
	Sec. Escuela / CFP		
Sec. Cocina			
Otro / Especifique			
Medio Empleado	Elemento Cortante		
	Elemento Contundente		
	Sábana/tela/soga		
	Psicofármacos o drogas		
	Fuego		
	Otro / Especifique		

Datos de Involucrado				
Nombre y Apellido	FC / LEG / DNI	Género	Edad	Situación Judicial

**** Adjuntar listado de compañeros de pabellón y compañeros de celda**

Datos del personal penitenciario a cargo			
Cargo o función	Nombre y Apellido	Jerarquía	Legajo
Jefe de Turno			
Encargado de Pabellón			

Datos del personal de salud interviniente		
Cargo o función	Nombre y Apellido	Legajo /Matrícula
Personal de salud de guardia		
Médico que constata el óbito		

Antecedentes y tratamientos brindados por parte del SPB/Salud**		
Antecedentes de intento de suicidio	Tratamiento Psicológico	Tratamiento Farmacológico
SI - NO	SI - NO	SI - NO

Otros datos	
UFI INTERVINIENTE	
N° IPP	
JUZGADO DE TURNO INTERVINIENTE	
TIPO ACTUACIONES INICIADAS	
CARÁTULA	
N° EXPEDIENTE	

FORMULARIO N° 4 - MUERTE NO TRAUMÁTICA

Unidad:		Régimen	N° Formulario		
Complejo Penitenciario					
Fecha:	Hora:				
Personal a Cargo del Establecimiento*					
MUERTE NO TRAUMÁTICA					(marque con una cruz donde corresponda)
Lugar del Hecho	Pabellón (Número - Especificar)		*Firma Personal a cargo		
	Celda (Número - Especificar)				
	Pasillo				
	SUM de Visitas				
	Patio				
	Duchas				
	S.A.C (Numero - Especificar)				
	Campo de Deportes				
	Unidad Sanitaria				
	Hospital Extramuro				
	Vía Pública				
	Vehículo de Traslado				
	Sec. Talleres				
	Sec. Admisión				
	Sec. Escuela / CFP				
Sec. Cocina					
Otros / Especifique		Especificar Hospital:			
Causa de la muerte	Muerte por Enfermedad	HIV	Fecha de internación:		
		TBC			
		Otra patología/Especifique			
	Fallecimiento súbito sorpresivo				
	Otra / Especifique				
Datos de Involucrado					
Nombre y Apellido		FC / LEG / DNI	Género	Edad	Situación Judicial
Datos del personal de salud interviniente					
Cargo o función		Nombre y Apellido		Legajo /Matrícula	
Personal de salud de guardia					
Médico que constata el óbito					
Antecedentes y tratamientos brindados por parte del SPB/Salud**					
Antecedentes Similares		Controles médicos		Tratamiento Farmacológico	
SI - NO		SI - NO		SI - NO	
**tachar lo que no corresponda					
Otros datos					
UFI INTERVINIENTE					
N° IPP					
JUZGADO DE TURNO INTERVINIENTE					
TIPO ACTUACIONES INICIADAS					
CARÁTULA					
N° EXPEDIENTE					

FORMULARIO N° 5 - Lesiones de Personal

Unidad:		Régimen		N° Formulario			
Complejo Penitenciario							
Fecha:		Hora					
Personal a Cargo del Establecimiento*							
Carácter	Dolosas	Agresión en Mediación de conflictos		(marque con una cruz donde corresponda) *Firma Personal a cargo			
		Agresión de Internos					
		Agresión de civil					
		Conflicto entre Personal					
		Otros / Especifique					
	Accidentes	Laborales					
		Itineres					
Otros / Especifique							
Lugar del Hecho	Pabellon (Numero - Especificar)						
	Celda (Numero - Especificar)						
	Pasillo						
	Sum de Visitas						
	Patio						
	Duchas						
	S.A.C (Numero - Especificar)						
	Campo de Deportes						
	Unidad Sanitaria						
	Hospital Extramuro						
	Vía Publica						
	Vehiculo de Traslado						
	Sec. Talleres						
	Sec. Admisión						
	Sec. Escuela / CFP						
	Sec. Cocina						
	Otros / Especifique						
Medio Empleado	Punzocortante						
	Cortante						
	Elemento Contundente						
	Foco Igneo (Fuego)						
	Puño - Patada						
	Medio de Transporte						
	Agua Caliente						
	Arma de Fuego						
	Otros / Especifique						
Atención Sanitaria Inmediata		Unidad Sanitaria SPB					
		Hospital Extramuro					
Datos de Involucrados							
Nombre y Apellido FC / LEG / DNI			Victima o Agresor	Agente/Interno/Civil	Genero	Edad	Gravedad de la lesión
Datos Complementarios			UFI INTERVINIENTE				
			JUZGADO DE TURNO				
			N° de IPP				
			N° de expediente				
			Tipo de actuaciones iniciadas				

FORMULARIO N° 6 - Evasiones / Quebrantamientos de Régimen/Fugas

Unidad:		Régimen		N° Formulario			
Complejo Penitenciario							
Fecha:		Hora					
Personal a Cargo del establecimiento*							
Tipo de Hecho	FUGA	EVASION	QUEBRANTAMIENTO DE Régimen				
Datos del Hecho	Lugar del Hecho	Pabellon (Numero - Especificar)		(marque con una cruz donde corresponda) *Firma Personal a cargo			
		Celda (Numero - Especificar)					
		Pasillo					
		Sum de Visitas					
		Patio					
		Duchas					
		S.A.C (Numero - Especificar)					
		Campo de Deportes					
		Unidad Sanitaria					
		Hospital Extramuro					
		Via Publica					
		Vehiculo de Traslado					
		Sec. Talleres					
		Sec. Admisión					
		Sec. Escuela / CFP					
		Sec. Cocina					
		Otros / Especifique					
	Modalidad	Escalamiento					
		Túnel					
		Baúl de Automóvil					
		Uniforme Personal del SPB					
		Disfraz intergenero					
		Desplazamiento por Instalaciones					
		En el Marco de Actividades Laborales					
		En Consulta Hospitalaria					
	Otros / Especifique						
	Otros Datos	Toma de Rehenes					
		Uso de Armamento					
		Uso de Elementos Punzantes/Cortantes/etc.					
		Apoyo Externo					
		Otros / Especifique					
	Datos de Involucrados						
	Nombre y Apellido			FC / LEG / DNI	Agente/Intern o/Civil	Edad	Causa Relevante
Datos Complementarios	Comisaria N°						
	Departamental						
	Juzgado de Turno						
	Fiscalia de Turno						
	N° de IPP						
	N° de expediente						
Tipo de actuaciones iniciadas							

FORMULARIO N° 7 - Control de Incautaciones y Narcomenudeo

Unidad:		Régimen		N° Formulario		
Complejo Penitenciario						
Fecha:		Hora				
Personal a Cargo del establecimiento*						
Presunta Sustancia	Prima Facie Marihuana Ley 23737		(marque con una cruz donde corresponda) *Firma Personal a cargo			
	Prima Facie Cocaína Ley 23737					
	Bebida Alcohólica					
	Prima Facie Extasis					
	Psicofármaco					
	Medicamentos Recetados					
	Otros / Especifique					
Modalidad Detección	Requisa					
	Hallazgo sorpresivo					
	Otros / Especifique					
Procedimiento o Requisa	Requisa Corporal					
	Requisa de Pertenencias/Mercadería					
	Requisa General					
	Requisa Parcial					
	Otros / Especifique					
Tipo de Incautación	Detección interna					
	Ingreso Extramuro					
Lugar del Hecho	Sector (detallar)					
	Pabellon (Numero - Especificar)					
	Celda (Numero - Especificar)					
	Pasillo					
	Sum de Visitas					
	Patio					
	Duchas					
	S.A.C (Numero - Especificar)					
	Campo de Deportes					
	Unidad Sanitaria					
	Hospital Extramuro					
	Via Publica					
	Vehiculo de Traslado					
	Sec. Talleres					
	Sec. Admisión					
	Sec. Escuela / CFP					
Sec. Cocina						
Otros / Especifique						
Datos de los Involucrados	Nombre y Apellido	FC / LEG / DNI	Género	Interno/ Visita	Edad	Situación Judicial
Datos de Agentes Participant	Nombre y Apellido	Legajo	Jerarquía	Función		
Datos	Comisaria N°					
	Departamental					
	Juzgado de Turno					
	Fiscalía de Turno					
	N° de IPP					
	N° de expediente					
Tipo de actuaciones iniciadas						

FORMULARIO N° 8 - OTRAS MUERTES TRAUMÁTICAS

Unidad:		Régimen		N° Formulario	
Complejo Penitenciario					
Fecha:		Hora:			
Personal a Cargo del Establecimiento*					
OTRAS MUERTES TRAUMÁTICAS					
Causa	Accidente	Laboral	(marque con una cruz donde corresponda) *Firma Personal a cargo		
		Doméstico			
		Deportivo			
		Otro /Especifique			
	Otra / Especifique				
Lugar del Hecho	Pabellón (Número - Especificar)				
	Celda (Número - Especificar)				
	Pasillo				
	SUM de Visitas				
	Patio				
	Duchas				
	S.A.C (Número - Especificar)				
	Campo de Deportes				
	Unidad Sanitaria				
	Hospital Extramuro				
	Vía Pública				
	Vehículo de Traslado				
	Sec. Talleres				
	Sec. Admisión				
	Sec. Escuela / CFP				
Sec. Cocina					
Otro / Especifique					
Medio Empleado	Elemento Cortante				
	Elemento Contundente				
	Foco Ígneo (Fuego)				
	Inhalación de gases tóxicos o monóxido de carbono				
	Otro / Especifique				
Datos de Involucrados					
Nombre y Apellido		FC / LEG / DNI	Género	Edad	Situación Judicial
Datos del personal penitenciario a cargo					
Cargo o función		Nombre y Apellido		Jerarquía	Legajo
Jefe de Turno					
Encargado de Pabellón					
Datos del personal de salud interviniente					
Cargo o función		Nombre y Apellido		Legajo /Matrícula	
Personal de salud de guardia					
Médico que constata el óbito					
Otros datos					
UFI INTERVINIENTE					
N° IPP					
JUZGADO DE TURNO INTERVINIENTE					
TIPO ACTUACIONES INICIADAS					
CARÁTULA					
N° EXPEDIENTE					

**FORMULARIO N°9 DE REGISTRO PARA DELITOS
VINCULADOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

n°

Condición del Formulario Marque si el interno ingresa por al menos uno de los siguientes delitos. No importa el agravante o el grado. Puede indicar más de uno.	HOMICIDIO		ATENCION: Si el interno ingresa por alguno de estos delitos, complete el formulario	
	DESOBEDIENCIA			
	AMENAZAS			
	VIOLACIÓN DE DOMICILIO			
	DAÑO			
	LESIONES			
	ABUSO SEXUAL			
Datos del Establecimiento Completar con letra imprenta mayúscula, marque con un círculo la opción que corresponda	UNIDAD N°		*Firma Personal a cargo de la Confección	
	(Colocar el número de la Unidad)			
	ALCAIDÍA	M.D.P		
		JUNIN		
		M. ARG		
		V. PINO		
		DME		
		UO		
	ALCAIDÍAS DEPARTAMENTALES	AVELLANEDA		
		CAMPANA		
		LA PLATA 2		
		LA PLATA 3		
		L. ZAMORA		
S. MARTIN				
LA PLATA				
J.C. PAZ				
FECHA DE INGRESO	_ / _ / _			
HORA INGRESO	_: _			
PERSONAL A CARGO*	nombre y apellido			
Datos del Interno Completar con letra imprenta mayúscula, marque con una cruz la opción que corresponde	Apellido:	Apellido Materno:		
	Nombre:	DNI:		
	ID:	F_NAC: _ / _ / _		
	Género	Mujer	Varón	Trans
	Localidad del Hecho:	Partido:		
	Localidad de residencia del Interno:	Partido:		
	Departamento Judicial: marcar con una cruz	Azul	La Plata	Pergamino
		Avellaneda-Lanús	Lomas de Zamora	Quilmes
		Bahía Blanca	Mar del Plata	San Isidro
		Dolores	Mercedes	San Nicolás
		Gral. San Martín	Moreno-Gral Rodríguez	Trenque Launquen
		Junín	Morón	Zárate-Campana
		La Matanza	Necochea	Juzgado Federal
		Juzgado:		
Observaciones				
Posee Antecedentes	SI:	NO:		
Describa Antecedentes: (si surge de la causa, datos de las causas previas, o anote toda información que considere pertinente para dar cuenta de la reincidencia o reiterancia en el SPB)				
Datos de la Víctima Completar con letra imprenta mayúscula, marque con un círculo la opción que corresponde	Apellido y Nombres	Género MUJER-VARON-TRANS	¿La víctima es Familiar del Interno? SI / NO	Tipo de Parentesco* (completar según el código mencionado debajo. Sólo el número)

(*) Tipos de Parentesco: (1) Padre, (2) Madre, (3) Esposo/a, (4) Novio/a, (5) Pareja/concubino/a/ conviviente, (6) Hermano/a, (7) Primo/a, (8) Abuelo/a, (9) Sobrino/a, (88) Otro.

Unidad:	Régimen	N° Formulario
Complejo Penitenciario		
Fecha:	Hora:	
Personal a Cargo del Establec		

(marque con una cruz donde corresponda)

AVERIGUACIÓN DE CAUSALES DE MUERTE - MUERTE DUDOSA		
Posibles causales	Presunto homicidio	
	Presunto suicidio	
	Presunto accidente	
	Presunta muerte no traumática	
	No determinada / Sin datos	
	Otro / Especifique	
Lugar del Hecho	Pabellón (Número - Especificar)	
	Celda (Número - Especificar)	
	Pasillo	
	SUM de Visitas	
	Patio	
	Duchas	
	S.A.C (Número - Especificar)	
	Campo de Deportes	
	Unidad Sanitaria	
	Hospital Extramuro	
	Vía Pública	
	Vehículo de Traslado	
	Sec. Talleres	
	Sec. Admisión	
	Sec. Escuela / CFP	
	Sec. Cocina	
	Otro / Especifique	

*Firma Personal a cargo

Especificar Hospital:

Fecha de internación:

Datos de Involucrados

Nombre y Apellido	FC / LEG / DNI	Género	Edad	Situación Judicial

Datos del personal penitenciario a cargo

Cargo o función	Nombre y Apellido	Jerarquía	Legajo
Jefe de Turno			
Encargado de Pabellón			
Custodia extramuros			

Datos del personal de salud interviniente

Cargo o función	Nombre y Apellido	Legajo /Matrícula
Personal de salud de guardia		
Médico que constata el óbito		

Otros datos

UFI INTERVINIENTE	
N° IPP	
JUZGADO DE TURNO INTERV	
TIPO ACTUACIONES INICIADA	
CARÁTULA	
N° EXPEDIENTE	



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2020 - Año del Bicentenario de la Provincia de Buenos Aires

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO II-PROTOCOLO DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA
PENITENCIARIA

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 11 pagina/s.