

FICHA DE DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A MENORES
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

a) Derivación a Evaluación Diagnóstico <input type="checkbox"/>
b) Derivación a Tratamiento <input type="checkbox"/>

1 ÓRGANO DERIVANTE			
ÓRGANO/ENTIDAD/SERVICIO QUE DERIVA:			
SSCC/ETF <input type="checkbox"/>	SPM <input type="checkbox"/>	Juzgado <input type="checkbox"/>	Salud <input type="checkbox"/>
Educación <input type="checkbox"/>	Programa especializado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
PROVINCIA	MUNICIPIO	TELÉFONO/S / /	
PROFESIONAL/ES DE REFERENCIA /			

2 DATOS DEL/LA MENOR O MENORES EN CASO DE GRUPO DE HERMANOS		
NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

3 DATOS DEL PADRE / MADRE DEL MENOR O MENORES EN CASO DE GRUPO DE HERMANOS		
NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO	PROVINCIA	
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO/S / /	

4 DATOS DEL/A GUARDADOR/A O GUARDADORES		
NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO	PROVINCIA	
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO/S / /	

8 DOCUMENTAL APORTADA	
NOTIFICACIÓN PERCEPTIVA A / /201 <input type="checkbox"/>	DENUNCIA ANTE JUZGADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar órgano judicial, número y ubicación, nº procedimiento judicial	
DOCUMENTO/S DE VERBALIZACIONES LITERALES DEL/OS MENOR/ES <input type="checkbox"/>	INFORMACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES S.S. Comunitarios <input type="checkbox"/> ETF <input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE PROTECCIÓN DE MENORES <input type="checkbox"/> Informe/nota informativa Recurso residencial de protección de menores <input type="checkbox"/> Informe/Propuesta técnica del SPM <input type="checkbox"/> Informe/notas informativas ICIF <input type="checkbox"/> Resolución/es de la Comisión Provincial de Medidas de Protección <input type="checkbox"/> Otros (indicar):	
INFORMACIÓN DE SALUD <input type="checkbox"/> Informe pediatra/A.P/ urgencias <input type="checkbox"/> Informe salud mental <input type="checkbox"/> Informe instituto de medicina forense (IML) Nº exp. Forense: <input type="checkbox"/> Otros (indicar):	
INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> (Centro escolar, tutor, orientador)	FUERZAS Y CUERPOS SEGURIDAD DEL ESTADO <input type="checkbox"/> (Diligencias, actas, atestados policiales)
OTROS INFORMES <input type="checkbox"/> (Indicar)	

9 OTRAS OBSERVACIONES

FIRMADO: _____ FECHA: _____

NOTA: ESTÁ FICHA SE REMITIRÁ AL SERVICIO DE PREVENCIÓN Y APOYO A LA FAMILIA DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE LA CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES.

DELEGACIONES TERRITORIALES DE LA CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES. SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y APOYO A LA FAMILIA	
ALMERÍA C/Tiendas, 12 CP 04071-ALMERÍA TLF: 950 00 61 21/ 950 00 61 42 /950 00 61 36	HUELVA C/Alcalde Mora Claros, 4-6 CP 21071-HUELVA TF: 959 00 57 85 / 959 00 57 24
CÁDIZ Plaza Asdrúbal, s/n Edificio Administrativo CP 11071-CÁDIZ TE: 956 00 72 01/ 956 00 72 10	JAÉN Paseo de la Estación, 19, 2ª planta CP 23008-JAÉN TE: 953 01 35 78
CÓRDOBA Plaza Ramón y Cajal, 6 14071-CÓRDOBA TE: 957 00 54 07/ Fax: 957 00 54 48	MÁLAGA C/ San Jacinto, 7, 2ª planta CP 29007-MÁLAGA TE: 951 04 09 69 / 951040960
GRANADA C/ Buenos Aires, nº 1, 1ª planta CP 18071-GRANADA TE: 958 53 63 74 / 958 53 63 26 / 958 53 64 50	SEVILLA C/ Luis Montoto, 87 CP 41018-SEVILLA TE: 955 00 68 00