



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



Hospital Psiquiátrico de Campeche

¿Padece alguna enfermedad?	NO ()	SÍ () Especifique:
Correo electrónico:		
Teléfono de contacto:		

En caso de trabajar en la Administración Pública del Estado de Campeche, incluir los siguientes datos:

Institución:	
Área de adscripción:	
Puesto que desempeña:	

2. Datos de la persona presunta agresora (en caso de contar con ellos):

Nombre:			
Sexo:	Mujer ()	Hombre ()	Otro ()
Institución:			
Área de adscripción:			
Puesto que desempeña:			

En caso de no contar con los datos anteriores, puede brindar otro tipo de información que permita identificar a la persona presunta agresora.

3. ¿Existe alguna relación laboral con la persona que está siendo señalada como presunta agresora?

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



**Hospital
Psiquiátrico
de Campeche**

SÍ ()	No ()
Es su superior jerárquico o inmediato ()	
Es persona colaboradora o compañera de trabajo ()	
Otra ()	
¿Cuál es?	

En caso de no tener una relación laboral con la persona señalada como presunta agresora, describa su vinculación o los motivos, en su caso, por los cuales trató con dicha persona en la o las ocasiones en que se presentaron las conductas de hostigamiento sexual o acoso sexual:

4. **Narre todo lo relacionado con los hechos ocurridos sobre el hostigamiento sexual² o acoso sexual³ en su contra o en contra de otra persona.**

Consideraciones sobre la narración. Describa la situación considerando: **a)** Aspectos como el tipo de conductas o comportamientos de la persona señalada como presunta agresora, tales como, miradas lascivas, tocamientos, comentarios, propuestas sexuales, etcétera; **b)** La temporalidad y el lugar de los hechos, por ejemplo, momento en el que ocurrió, circunstancias como horarios, dentro o fuera del trabajo, lugares, ambiente. Para facilitar su narración, describa los hechos lo más claro posible contestando las preguntas ¿cuándo? (circunstancias de tiempo), ¿dónde? (lugar) y ¿cómo? (modo). Si después del texto de la narración queda algún espacio en blanco, favor de tacharlo.

² **Hostigamiento sexual:** Al ejercicio del poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral o escolar, el cual se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.

³ **Acoso Sexual:** A la forma de violencia con connotación lasciva en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos.

Plan
 de
 la
 SE
 de
 SE



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



Hospital Psiquiátrico de Campeche

[Empty rectangular box for header information]

5. ¿Cuenta con elementos que pudieran fortalecer los hechos antes narrados?

Elementos que pudieran fortalecer la narración. Fotografías, testigos, historial de llamadas, notas en papel de invitaciones, correos electrónicos, mensajes, actividad en redes sociales u otros.

NO ()

SÍ ()

Describa con cuáles cuenta:

[Empty lines for description]

[Handwritten signature]

6. ¿En cuántas ocasiones ha ocurrido la conducta?

En una ocasión. ()

En más de una ocasión. ()

Fecha aproximada en la que iniciaron las conductas:

[Handwritten mark]

7. ¿Alguna persona o personas presenciaron los hechos narrados (punto 4)?

NO ()

NO SÉ ()

SÍ ()

Proporcione los datos de contacto:

Nombre	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto:	

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



**Hospital
Psiquiátrico
de Campeche**

Nombre	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto:	

Nombre	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto:	

Nombre	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto:	

[Handwritten signatures and initials on the right margin]

8. ¿Las personas que han presenciado los hechos narrados (punto 4) guardan alguna relación con la persona señalada como presunta agresora?

NO ()
SÍ ()
Describe qué tipo de relación:

[Handwritten signature and initials on the right margin]

9. ¿Identifica un trato diferenciado hacia usted por parte de la persona señalada como presunta agresora, antes y después de los hechos narrados, o partir de estos últimos ha cambiado su relación de trabajo con dicha persona?

NO ()
SÍ ()
Describe la manera en cómo cambió el trato o la relación:

[Handwritten signature and initials on the right margin]



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



Hospital Psiquiátrico de Campeche

[Handwritten signature]

10. A partir de los hechos narrados (punto 4), ¿Usted ha presentado algún tipo de padecimiento físico o problemas de orden emocional?

Los padecimientos físicos o problemas emocionales pudieran ser a manera de ejemplo: Dolor de cabeza, dificultades gástricas u otras enfermedades reiterativas, o bien, miedo, angustia, inseguridad, dificultades para dormir o concentrarse, desánimo, tristeza, entre otras.

[Handwritten signature]

NO ()
SÍ ()
Describa sus malestares o padecimientos:

[Handwritten signature]

11. ¿Considera que su integridad física o emocional se encuentra en riesgo?

NO ()
SÍ ()
En este caso, ¿Considera que requiere medidas de protección?
SÍ () NO ()

[Handwritten signature]

12. ¿Ha sido amenazada, advertida, coaccionada o intimidada de alguna manera con posibles represalias por negarse a las propuestas o por tratar de detener la situación?

NO ()
SÍ ()
Explique de qué manera:

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



Hospital
Psiquiátrico
de Campeche

13. ¿Hay datos adicionales que puede proporcionar para fortalecer los hechos narrados?

NO ()

SÍ ()

Describe cuáles:

Handwritten signature

14. ¿Ha presentado alguna denuncia formal ante alguna instancia?

Instancias competentes. Comité de Ética, Órgano Interno de Control, Secretaría de la Contraloría de la Administración Pública del Estado de Campeche, Ministerio Público.

NO ()

SÍ ()

Especifique ante qué instancia:

Handwritten signature

PARA CONTESTAR SÓLO POR LA PERSONA QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN DE PRIMER CONTACTO

¿Considera que la presunta víctima requiere de la atención de un especialista (médico, psicólogo u otro)

NO ()

SÍ ()

Especifique el tipo de atención:

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



Hospital
Psiquiátrico
de Campeche

CONSENTIMIENTO DE LA PRESUNTA VÍCTIMA O DENUNCIANTE

Estoy de acuerdo con la información recabada en este formato.

Estoy de acuerdo con que la información recabada en este formato se presente ante el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.

APARTADO DE FIRMAS

PRESUNTA VÍCTIMA O DENUNCIANTE

PERSONA QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN DE PRIMER CONTACTO

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]