

Complete los campos en blanco con texto, tilde/s o círculo según corresponda

1 Datos generales

- a) Unidad de detención: _____
- b) Fecha de la entrevista: ____ / ____ / ____
- c) Nombre y apellido del entrevistado: _____
- d) DNI del entrevistado: _____

2 Datos de la condena

- a) Monto de la pena: Temporal Años _____ Meses _____
Perpetua
- b) Primario Reincidente Multireincidente
- c) Fecha desde la que está detenido: ____ / ____ / ____
- d) Delito: _____
- e) Ha tenido anteriormente suspensión de juicio a prueba SI NO
- f) Ha tenido anteriormente condena condicional SI NO
- g) Ha tenido anteriormente libertad condicional SI NO
- h) Ha tenido anteriormente libertad asistida SI NO

3 Condiciones de alojamiento en el pabellón

- a) Pabellón en el que se encuentra alojado:
- b) El pabellón cuenta con (marcar con una cruz lo que corresponda)
- Celdas individuales
- Celdas compartidas ¿Cuántas personas comparten su celda? _____
- ¿Hay personas durmiendo en el piso en su celda? SI NO

c) Condiciones dentro de la celda (marcar con una cruz lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Agua fría para manos y para tomar	<input type="checkbox"/> Colchón
<input type="checkbox"/> Agua caliente en ducha	<input type="checkbox"/> Lavabo
<input type="checkbox"/> Inodoro	<input type="checkbox"/> Ropa de cama
<input type="checkbox"/> Letrina	<input type="checkbox"/> Luz artificial
<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Se moja la celda cuando se baña

d) Condiciones del espacio compartido

<input type="checkbox"/> Cocina con hornallas y horno	<input type="checkbox"/> Bacha
<input type="checkbox"/> Heladera con freezer	<input type="checkbox"/> Televisión
<input type="checkbox"/> Heladera sin freezer	<input type="checkbox"/> Mesa y sillas
<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Agua fría y caliente en bacha

d) Condiciones de higiene del pabellón

¿La unidad le entrega elementos de higiene para asear celdas y pabellón? SI NO

¿Qué elementos entregan? _____

¿Cada cuánto entregan estos elementos? _____

d) Condiciones de aseo personal

¿La unidad le entrega elementos de higiene para aseo personal? SI NO

¿Qué elementos entregan? _____

¿Cada cuánto entregan estos elementos? _____

4 Régimen de alojamiento en el pabellón

a) Celdas abiertas:

Horario :

b) Acceso al patio:

Días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Horario :

5 Disciplina

a) ¿Ha sido sancionado durante el corriente año? SI NO

b) ¿En cuántas oportunidades?

ANEXO 2: Cuestionario sobre la calidad de vida de las personas privadas de su libertad en cárceles de la I circunscripción judicial de Neuquén

c) ¿Qué tipo de sanción cumplió?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aislamiento provisional | <input type="checkbox"/> Suspensión de otra actividad |
| <input type="checkbox"/> Traslado a otro establecimiento | <input type="checkbox"/> Amonestación |
| <input type="checkbox"/> Suspensión de visita | |

d) En caso de haber cumplido aislamiento provisional relate las condiciones de alojamiento y régimen del P6

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Celda individual | <input type="checkbox"/> Agua fría |
| <input type="checkbox"/> Colchón | <input type="checkbox"/> Agua caliente |

Tiempo diario de acceso al patio _____

Tiempo diario de acceso a la cocina _____

Tiempo diario de acceso al teléfono _____

Cantidad de días y horas de visita _____

Tiempo acceso acceso a la educación _____

Lo veía el médico todos los días SI NO

Lo veía el psiquiatra todos los días SI NO

6 Concepto y conducta

a) ¿De qué período es la última calificación que recibió?

Período / meses Año

b) ¿Alguna vez lo entrevistó el consejo correccional por las calificaciones? SI NO

c) ¿Alguna vez le hicieron devolución de los fundamentos de la calificación? SI NO

d) ¿Alguna vez apelo las calificaciones? SI NO

e) ¿Le hicieron lugar al pedido? SI NO

f) ¿Se le diseñó el tratamiento individualizado y programado que prevé la ley? SI NO

g) ¿Cuáles son los objetivos que tiene que cumplir para el próximo período calificadorio? _____

h) ¿Está incorporado a algún régimen de confianza?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salidas transitorias | <input type="checkbox"/> Salidas educativas | <input type="checkbox"/> Salidas laborales |
|---|---|--|

7 Trabajo

a) ¿Realiza algún tipo de actividad laboral en la unidad? SI NO

b) ¿Qué actividad realiza? _____

c) ¿En qué días y horarios lleva a cabo esa actividad? Horario :

Días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

d) ¿Trabaja en forma privada o su trabajo es coordinado por la sección trabajo de la unidad de detención?

Privada Facilitado por la unidad

e) ¿Le abonan un salario por su trabajo? NO SI f) ¿Cuál es el monto del salario?

8 Educación

a) ¿Estudia en la actualidad? SI NO

b) Nivel de estudio en curso:

<input type="checkbox"/> PRIMARIO
▪ ¿Qué grado? _____
▪ <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Tutorías
▪ Días: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Viernes ▪ Horarios: _____ <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Sábado <input type="text"/>
▪ ¿En qué lugar estudia?
<input type="checkbox"/> Dentro del pabellon <input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Aulas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sala de estudio acondicionada en el sector de visita

<input type="checkbox"/> SECUNDARIO
▪ ¿Qué grado? _____
▪ <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Tutorías
▪ Días: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Viernes ▪ Horarios: _____ <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Sábado <input type="text"/>
▪ ¿En qué lugar estudia?
<input type="checkbox"/> Dentro del pabellon <input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Aulas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sala de estudio acondicionada en el sector de visita

<input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO
▪ Carrera: _____
▪ Cantidad de materias rendidas: _____
▪ <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Tutorías <input type="checkbox"/> Libre
▪ Días: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Viernes ▪ Horarios: _____ <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Sábado <input type="text"/>
▪ ¿En qué lugar estudia?
<input type="checkbox"/> Dentro del pabellon <input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Aulas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sala de estudio acondicionada en el sector de visita

<input type="checkbox"/> FORMACIÓN PROFESIONAL
▪ ¿Qué curso?: _____
▪ <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Tutorías
▪ Días: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Viernes ▪ Horarios: _____ <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Sábado <input type="text"/>
▪ ¿En qué lugar estudia?
<input type="checkbox"/> Dentro del pabellon <input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Aulas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sala de estudio acondicionada en el sector de visita

9 Salud

a) Tienen algún padecimiento médico? SI NO

¿Cuál? _____

b) Recibe medicación de algún tipo? SI NO

¿Cuál? _____

Se la compra de forma privada Se la provee la unidad de detención

c) ¿Cuándo fue la última vez que lo examinó el médico? ____ / ____ / ____

d) ¿Recibe atención de médico cuando lo pide? SI NO

e) ¿Cómo calificaría la comida que provee la unidad? Buena Regular Mala

f) ¿Qué comida le dieron el día de ayer? _____

g) ¿Cuántas comidas diarias le provee la unidad? _____

h) ¿Come regularmente esa comida? ¿o come la que le proveen los familiares?

i) ¿Está sometido a tratamiento psiquiátrico? SI NO

Lo atiende médico de la unidad Privado Centro de salud pública

¿Recibe medicación? SI NO

¿Cuál? _____

j) ¿Está sometido a tratamiento psicológico? SI NO

Lo atiende médico de la unidad Privado Centro de salud pública

k) ¿Está sometido a tratamiento por adicciones? SI NO

Lo atiende médico de la unidad Privado Centro de salud pública

¿Recibe medicación? SI NO

¿Cuál? _____

10 Visitas

a) ¿Recibe visitas? SI NO

b) ¿Quiénes lo visitan? Madre Hermanos Hijos Sobrinos Otros
 Padre Pareja Tíos Amigos

VISITA REGULAR

▪ Días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

▪ Horarios: :

▪ ¿Dónde? _____

▪ ¿La visita entra en el pabellón? SI NO

VISITAS DE MENORES DE EDAD

▪ Días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

▪ Horarios: :

▪ ¿Dónde? _____

▪ ¿La visita entra en el pabellón? SI NO

VISITAS ÍNTIMAS

▪ Días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

▪ Horarios: :

▪ ¿Dónde? _____

▪ ¿La visita entra en el pabellón? SI NO

11 **Violencia**

a) ¿Ha sido sujeto de violencia desde que está detenido? SI NO

b) ¿Qué tipo de violencia?

PELEAS ENTRE INTERNOS

▪ Describa la violencia sufrida:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amenazas | <input type="checkbox"/> Ahorcamiento |
| <input type="checkbox"/> Golpes | <input type="checkbox"/> Violencia sexual |
| <input type="checkbox"/> Lesiones con armas blancas | <input type="checkbox"/> Otros |

▪ ¿Terminó hospitalizado a raíz de estos hechos?

SI NO

▪ ¿Denunció?

SI NO

VIOLENCIA DEL PERSONAL POLICIAL

▪ Describa la violencia sufrida:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amenazas | <input type="checkbox"/> Ahorcamiento |
| <input type="checkbox"/> Golpes | <input type="checkbox"/> Violencia sexual |
| <input type="checkbox"/> Lesiones con armas blancas | <input type="checkbox"/> Otros |

▪ ¿Terminó hospitalizado a raíz de estos hechos?

SI NO

▪ ¿Denunció?

SI NO

ANEXO 2: Cuestionario sobre la calidad de vida de las personas privadas de su libertad en cárceles de la I circunscripción judicial de Neuquen

VIOLENCIA CONTRA SUS VISITANTES

▪ Describa la violencia sufrida:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amenazas | <input type="checkbox"/> Ahorcamiento |
| <input type="checkbox"/> Golpes | <input type="checkbox"/> Violencia sexual |
| <input type="checkbox"/> Lesiones con armas blancas | <input type="checkbox"/> Otros |

▪ ¿Terminó hospitalizado a raíz de estos hechos?

SI NO

▪ ¿Denunció?

SI NO

12

Cualquier otra circunstancia de interés que haya surgido de la entrevista relacionada con los derechos previstos en las normas internacionales y ley 24660

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

FIRMA DEL INTERNO

ACLARACIÓN _____

CARGO _____

ANEXO 1: Consentimiento informado para realizar el cuestionario sobre la calidad de vida de las personas privadas de su libertad en cárceles de la I circunscripción judicial de Neuquen



Yo _____ DNI _____, estoy de acuerdo con contestar las preguntas contenidas en el Anexo 2 “Cuestionario sobre la calidad de vida de las personas privadas de su libertad en cárceles de la I circunscripción judicial de Neuquén”. Se me explicó que los datos personales allí contenidos iban a quedar bajo reserva y no iban a ser divulgados, pero los resultados de los cuestionarios serían utilizados para llevar a cabo informes generales, estadísticas y acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas privadas de la libertad.

Lugar _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma y aclaración del interno

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza y el propósito del Anexo 2 “Cuestionario sobre la calidad de vida de las personas privadas de su libertad en cárceles de la I circunscripción judicial de Neuquén” y las preguntas que va a contestar el interno _____ y me ofrecido a contestar sus preguntas. Creo que el nombrado ha comprendido mis explicaciones y la naturaleza y finalidad del cuestionario.

Lugar _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma y aclaración del funcionario