

## PAUTA DE ENTREVISTA PERSONAL

### MÓDULO PERSONA LGBT+

Esta pauta debe aplicarse en los casos en que las personas privadas de libertad entrevistadas declaren ser Lesbianas, Gays o Bisexuales; se encuentren en un módulo LGBT, o cuando la persona de indicios o manifieste que ha sido vejada por su orientación sexual o identidad de género; y siempre que la persona sea trans.

Debe procurarse espacio y la mayor privacidad posible a la persona entrevistada. **No debe aplicarse en circunstancias en la que la divulgación de la orientación sexual o identidad de género de la persona pueda poner en peligro su integridad física o psíquica.**

NOMBRE DEL RECINTO:		FECHA:	
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR/A:			

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ENTREVISTADA		
(Marque todas las que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Imputados/as	<input type="checkbox"/> Evangélico/a	<input type="checkbox"/> Católico/a
<input type="checkbox"/> Condenados/as	<input type="checkbox"/> Trabajador/a para la unidad penal	<input type="checkbox"/> Trabajador/a CET
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Juvenil	<input type="checkbox"/> Adultos mayores
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Pueblo Originario	<input type="checkbox"/> Extranjeros/as
<input type="checkbox"/> LGBTBI+	<input type="checkbox"/> Madre con hijo/a menor de dos años viviendo en la unidad penal	<input type="checkbox"/> Embarazada
Nombre del módulo dónde habita normalmente:		
Género asignado al nacer: masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> intersex <input type="checkbox"/>		
Género con el que se identifica: masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> _____		
Orientación sexual (marcar una): <i>Si es necesario, explicar La orientación sexual corresponde a la atracción sexual y/o romántica hacia personas del mismo sexo (homosexual), de distinto sexo (heterosexual), ambos sexos (bisexual) o hacia ninguno (asexual)</i>	Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/>  Asexual <input type="checkbox"/> Otro (cuál) _____ NS/NR <input type="checkbox"/>	

A. COMUNICACIONES		
¿Se te ha negado el derecho de visita por parte de tu pareja y/o hijos por causa de tu orientación sexual o identidad de género?	Sí, raramente <input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
¿Se te ha negado el uso del teléfono del recinto por causa de tu orientación sexual o identidad de género?	Sí, raramente <input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

<b>B. REGIMEN DE VIDA</b>		
¿se te ha asignado a una celda de aislamiento por causa de tu orientación sexual o identidad de género?	Sí, raramente <input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
¿se te ha negado o limitado acceso al patio por causa de tu orientación sexual o identidad de género?	Sí, raramente <input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
¿se te ha negado o limitado el uso de útiles de aseo por causa de tu orientación sexual o identidad de género?	Sí, raramente <input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
¿te han obligado a realizar ejercicios o actividades contra tu voluntad por causa de tu orientación sexual o identidad de género?	Sí, raramente <input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
¿Sabes si eres portador o portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	¿Has tenido acceso a hacerte el examen de VIH en el penal? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<i>Si la persona declara ser portadora</i> ¿te encuentras bajo tratamiento antirretroviral?	Sí, diariamente <input type="checkbox"/> Sí, pero sólo a veces tengo acceso a las pastillas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	<i>Si la persona tiene acceso intermitente o no tiene acceso</i> ¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
¿Se te ha negado, limitado o condicionado el acceso a tratamiento antirretroviral u otros cuidados relacionados con el VIH?	Sí, raramente <input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/> Detalles:	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<i>Las siguientes dos preguntas deben aplicarse si el género asignado al nacer NO coincide con el género con el que se identifica, o si la persona declara ser trans</i>		
¿te encuentras bajo tratamiento hormonal?	Sí, diariamente <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente <input type="checkbox"/> No, sin tratamiento <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	
¿se te ha negado, limitado o condicionado el acceso al tratamiento hormonal?	Sí, raramente <input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/> Detalles:	

C. REINSERCIÓN Y ACCESO IGUALITARIO		
¿se te ha negado o condicionado el acceso a oportunidades de empleo por causa de tu orientación sexual o identidad de género?	Sí, raramente <input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
¿se te ha negado o condicionado el acceso a oportunidades de educación por causa de tu orientación sexual o identidad de género?	Sí, raramente <input type="checkbox"/> Sí, con frecuencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
D. USO DE LA FUERZA		
Durante los últimos 12 meses ¿se ha referido algún guardia hacia ti de manera peyorativa u ofensiva por causa de tu identidad de género?	Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Durante los últimos 12 meses ¿se ha referido algún guardia hacia ti de manera peyorativa u ofensiva por causa de tu orientación sexual?	Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
¿se han referido a ti usando el pronombre y nombre social correcto? <i>El pronombre correcto es aquel que concuerda con el género con el que se identifica. Si es masculino "el"; si es femenino "ella". El nombre social es el nombre de pila que la persona prefiere de acuerdo a su identidad de género y puede o no coincidir con su nombre registral.</i>	Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No Sabe/ No responde <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Durante los últimos 30 días ¿cuántos días has sido intimidado/a por causa de tu identidad de género?  ¿por quién? ¿quiénes?	Ninguna vez <input type="checkbox"/> 1 o 2 días <input type="checkbox"/> 3 a 5 días <input type="checkbox"/> 6 a 10 días <input type="checkbox"/> 11 a 20 días <input type="checkbox"/> 21 a 29 días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> _____ Por reclusos/as <input type="checkbox"/> Por gendarme <input type="checkbox"/> Otro/a (cuál) <input type="checkbox"/>	¿se lo has reportado a las autoridades? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿se han tomado medidas? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

<p>Durante los últimos 30 días ¿cuántos días has sido intimidado/a por causa de tu orientación sexual?</p> <p>¿por quién? ¿quiénes?</p>	<p>Ninguna vez <input type="checkbox"/></p> <p>1 o 2 días <input type="checkbox"/></p> <p>3 a 5 días <input type="checkbox"/></p> <p>6 a 10 días <input type="checkbox"/></p> <p>11 a 20 días <input type="checkbox"/></p> <p>21 a 29 días <input type="checkbox"/></p> <p>Todos los días <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Por reclusos/as <input type="checkbox"/></p> <p>Por gendarme <input type="checkbox"/></p> <p>Otro/a (cuál) <input type="checkbox"/></p>	<p>¿se lo has reportado a las autoridades?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>¿se han tomado medidas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>
<p>Durante los últimos 30 días ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física?</p> <p>¿por quién? ¿quiénes?</p>	<p>Ninguna vez <input type="checkbox"/></p> <p>1 o 2 días <input type="checkbox"/></p> <p>3 a 5 días <input type="checkbox"/></p> <p>6 a 10 días <input type="checkbox"/></p> <p>11 a 20 días <input type="checkbox"/></p> <p>21 a 29 días <input type="checkbox"/></p> <p>Todos los días <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Por reclusos/as <input type="checkbox"/></p> <p>Por gendarme <input type="checkbox"/></p> <p>Otro/a (cuál) <input type="checkbox"/></p>	<p>¿se lo has reportado a las autoridades?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>¿se han tomado medidas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>
<p>¿se te ha obligado a usar vestimenta de un género distinto al género con el que te identificas?</p> <p>¿quién te forzó?</p>	<p>Siempre <input type="checkbox"/></p> <p>A veces <input type="checkbox"/></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>No Sabe/ <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	<p>¿se lo has reportado a las autoridades?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>¿se han tomado medidas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Quisieras realizar ahora una denuncia por tortura o malos tratos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Si la respuesta es sí, ocupar pautas 900 y 901.</p>
<p>Observaciones:</p>		