

PAUTA DE ENTREVISTA

A PERSONA QUE PERTENECE A UN PUEBLO ORIGINARIO

Aplicar pauta cuando la persona entrevistada declare pertenecer a un pueblo originario.

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"/> LGTBI+	<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:		
Pueblo originario al que pertenece:		
Idioma materno:		
Habla español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

A. COMUNICACIONES

¿se te ha negado o condicionado el derecho de visita de parte de tu familia por causa del pueblo originario al que perteneces?	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 derechos de visita de parte de personas de tu comunidad por causa del pueblo originario al que perteneces?	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 del pueblo originario al que perteneces, o se te han negado las comunicaciones con las personas de tu comunidad?	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. REGIMEN DE VIDA		
¿se te ha asignado a una celda de aislamiento por casua del pueblo originario al que perteneces?	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 al patio por causa del pueblo originario al que perteneces?	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 acceso a medicina ancestral o prácticas de sanación de tu comunidad?	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 la observación o práctica de ritos importantes de tu comunidad?	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 obligado a realizar ejercicios o participar en actividades contra tu voluntad o contra tus creencias?	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"/>

C. REINSERCIÓN Y ACCESO IGUALITARIO		
¿se te ha negado o condicionado el acceso a oportunidades de empleo por causa del pueblo originario al que perteneces?	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 del pueblo originario al que perteneces?	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 privado de beneficios por causa del pueblo originario al que perteneces?	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 tus creencias o del pueblo originario al que perteneces?	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 30 días ¿cuántos días has sido intimidado/a por causa de tus creencias o del pueblo originario al que perteneces? ¿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"/> <hr/> Por reclusos/as <input type="checkbox"/> Por gendarmes <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"/>
Durante los últimos 30 días ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física? ¿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"/> <hr/> Por reclusos/as <input type="checkbox"/> Por gendarmes <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"/>
¿Quisieras realizar ahora una denuncia por tortura o malos tratos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Si la respuesta es sí, ocupar pautas 900 y 901.
Observaciones:		