

PAUTA DE ENTREVISTA

MUJERES EN MODULOS DE MUJERES CON HIJOS/AS O EMBARAZADAS

Completar al menos una pauta por módulo de MUJERES CON HIJOS O EMBARAZADAS

Aplicar además pauta de ENTREVISTA DE INTERN/AS (N° 003.1) que indaga sobre aspectos generales de funcionamiento del módulo.

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:		

B. REGIMEN DE VIDA		
Entrega de insumos		Observaciones (solo si es necesario)
¿Le entrega ropa de guagua/niños/as para su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Quién le entrega ropa de guagua niños/as?	<input type="checkbox"/> GENCHI <input type="checkbox"/> SENAME <input type="checkbox"/> Fundaciones/donaciones <input type="checkbox"/> Otros (¿Cuáles?)	
¿Le entregan leche o comida de guagua niños/as para su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Quién le entrega leche o comida de guagua/niños/as?	<input type="checkbox"/> GENCHI <input type="checkbox"/> SENAME <input type="checkbox"/> Fundaciones/donaciones <input type="checkbox"/> Otros (¿Cuáles?)	
¿Le entregan otros insumos para guagua niños/as para su hijo/a? (jabón, útiles de limpieza en general)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Qué otros insumos le entregan para su hijo/a?		
¿Quién le entrega otros insumos para guagua/niños/as? (Jabón, útiles de limpieza en general)	<input type="checkbox"/> GENCHI <input type="checkbox"/> SENAME <input type="checkbox"/> Fundaciones/donaciones <input type="checkbox"/> Otros (¿Cuáles?)	
¿Su hijo/a asiste a sala cuna/jardín infantil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

¿Le entregan pañales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Quién?	<input type="checkbox"/> GENCHI <input type="checkbox"/> SENAME <input type="checkbox"/> Fundaciones/donaciones <input type="checkbox"/> Otros (¿Cuáles?)	
¿Cantidad mensual?-	
ATENCIONES MÉDICAS		Observaciones (solo si es necesario)
¿Pudo/puede asistir a controles médicos regulares durante su embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿A dónde asiste/asistió?		
¿Durante los traslados debe usar grilletes/esposas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿su hijo/a asiste a controles médicos regulares? (Control del niño sano)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿A dónde asiste?		
¿Usted puede acompañar a su hijo/a a sus controles médicos regulares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Durante los traslados debe usar grilletes/esposas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
SI NO PUEDE ACOMPAÑARLE: ¿Quién acompaña a la guagua, niño/a al control?	<input type="checkbox"/> Familiares niño/a <input type="checkbox"/> Funcionarios uniformados <input type="checkbox"/> Funcionarios civiles <input type="checkbox"/> Otros (¿Cuáles?)	
En caso de haber una emergencia médica: ¿Puede su hijo/a ir a un servicio de salud de urgencias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Usted puede acompañar a su hijo/a a un servicio de salud de urgencias en casos de emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
EXPERIENCIA EN EL MÓDULO E MUJERES CON HIJOS/AS O EMBARAZADAS		Observaciones (solo si corresponde)
¿Cómo es la relación entre internas del módulo?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
¿Cómo es el trato del personal civil hacia usted?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
¿Cómo es el trato del personal uniformado hacia usted?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
¿Cómo es el trato del persona civil hacia los niños/as?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
¿Cómo es el trato del personal uniformado hacia los niños/as?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
¿La han amenazado alguna vez con sacarla del módulo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿La han amenazado alguna vez con alejarla de su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Han trasladado a otro módulo a alguna de sus compañeras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	