

## PAUTA DE ENTREVISTA DETENIDO EN COMISARIA

Aplicar UNA pauta por cada detenido. Se debe aplicar a **TODOS** los presentes en la visita.

<b>NOMBRE DEL RECINTO:</b>		<b>FECHA:</b>	
<b>NOMBRE DEL ENTREVISTADOR/A:</b>			

<b>CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ENTREVISTADA</b> (Marque todas las que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Imputados/as	<input type="checkbox"/> Desorden publico	<input type="checkbox"/> Menor a 14 años
<input type="checkbox"/> Condenados/as	<input type="checkbox"/> Fragancia	<input type="checkbox"/> 14 a 18 años
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Embarazada	<input type="checkbox"/> Control de Identidad	<input type="checkbox"/> 18 a 60 años
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Control de Detención	<input type="checkbox"/> mayor a 60 años
<input type="checkbox"/> LGTBI+	<input type="checkbox"/> Saldrá en libertad	<input type="checkbox"/> Pueblo Originario
Observaciones:		

<b>Aprehensión /Detención / Custodia</b>		
¿Hace cuánto tiempo fuiste detenido?	<input type="checkbox"/> 0 a 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 4 a 8 horas <input type="checkbox"/> 8 o más horas	
¿Se te informaron de tus derechos como detenido?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
Si la respuesta es sí, ¿Cómo?	<input type="checkbox"/> Verbalmente <input type="checkbox"/> Por escrito <input type="checkbox"/> Guarda copia	
¿Cuándo te informaron de tus derechos?	<input type="checkbox"/> Al momento de la detención <input type="checkbox"/> Durante el Traslado <input type="checkbox"/> En la Comisaría <input type="checkbox"/> A la salida de la Comisaría <input type="checkbox"/> otro	
¿Se te informó de las razones de tu detención?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
Si la respuesta es sí, ¿Cómo?	<input type="checkbox"/> Verbalmente <input type="checkbox"/> Por escrito <input type="checkbox"/> Guarda copia	
¿Cuándo te informaron de las razones de tu detención?	<input type="checkbox"/> Al momento de la detención <input type="checkbox"/> Durante el Traslado <input type="checkbox"/> En la Comisaría <input type="checkbox"/> A la salida de la Comisaría <input type="checkbox"/> otro	
¿Cómo fue tu aprehensión?	<input type="checkbox"/> Voluntaria <input type="checkbox"/> Sin Fuerza <input type="checkbox"/> Con Fuerza <input type="checkbox"/> No sabe / No responde	Describe

¿Te registraron durante la detención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Describe
¿Has sido testigo de malos tratos a otros detenidos durante tu aprehensión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Has recibido malos tratos durante tu aprehensión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿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.
<b>Observaciones</b>				
<b>Traslados Hacia Comisaría</b>				
¿Cómo te trasladaron a la unidad policial?	<input type="checkbox"/> A pie <input type="checkbox"/> En bus policial <input type="checkbox"/> En Radio Patrulla <input type="checkbox"/> En Furgón Traslado <input type="checkbox"/> Otro			Describe
¿Cuánto tiempo aproximado duró el traslado a la comisaría?	<input type="checkbox"/> 0 a 1 hora <input type="checkbox"/> Mas de 1 hora			
¿Se te ha permitido llevar tus objetos personales durante el traslado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Existió posibilidad de comunicación con los funcionarios policiales que te trasladaron?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Se te proporcionó alimentos o bebidas durante el traslado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Había suficiente luz al interior del vehículo de traslado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Había suficiente ventilación al interior del vehículo de traslado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Había suficiente espacio al interior del vehículo de traslado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
Mientras fuiste trasladado a la unidad policial, los/las funcionarios policiales utilizaron elementos como gas pimienta, gas lacrimógeno, esposas o grilletes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Describe
¿Te registraron durante el traslado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Describe
¿Has sido testigo de malos tratos a otros detenidos durante el traslado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Has recibido malos tratos durante tu traslado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿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.
<b>Observaciones</b>				

Ingreso a Recinto Policial			
¿Te registraron corporalmente en el ingreso al recinto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿El registro corporal fue con personal policial de tu mismo sexo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Te desnudaron?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Has sido testigo de malos tratos a otros detenidos durante el ingreso al recinto policial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Recibiste malos tratos durante tu ingreso al recinto policial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Quisieras realizar ahora una denuncia por tortura o malos tratos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Te registraron tus datos personales al ingresar al recinto policial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Firmaste algún documento al ingresar al recinto policial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Te explicaron el contenido de estos documentos?			
¿Te consultaron si constatabas lesiones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Te constataron lesiones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Cuánto tiempo aproximado duró el trámite de ingreso al recinto?	<input type="checkbox"/> 0 a 1 hora <input type="checkbox"/> Mas de 1 hora		
Traslados a Centros de Salud			
¿Después de la detención, te realizaron una constatación de lesiones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Cuánto tiempo duró el traslado al centro médico?	<input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 2 horas <input type="checkbox"/> más de 2 horas		
¿Te examinaron acompañado por un carabinero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Cómo calificarías el examen médico, del 1 al 10 donde el 1 es muy malo y el 10 es excelente?	<input type="checkbox"/> Calificación		
¿Te pasaron una copia de la constatación de lesiones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Cuánto tiempo duró el traslado del centro médico a la comisaría?	<input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 2 horas <input type="checkbox"/> más de 2 horas		
<b>Observaciones</b>			

Interrogatorios			
¿Te interrogaron durante tu estadía en el recinto policial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Estuvo presente durante el interrogatorio el abogado o abogada de la persona detenida (si lo hay)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Fue grabado, en audio o en video el interrogatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Te dieron las razones porque te estaban interrogando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Cuál fue la duración del interrogatorio?	<input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 2 horas <input type="checkbox"/> más de 2 horas		
¿El lugar de interrogatorio, fue adecuado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Te encapucharon o vendaron los ojos durante el interrogatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Te dieron algún alimento o agua durante el interrogatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Te permitieron ir al baño durante el interrogatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Te encontrabas esposado durante el interrogatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Has sido testigo de malos tratos a otros detenidos durante el interrogatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Recibiste malos tratos durante el interrogatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿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.			
Estadía en Recinto Policial			
¿Pudistes avisar a la familia de tu detención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Recibistes la visita de un familiar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Pudistes avisar a un abogado por tu detención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Recibistes la visita de un abogado defensor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Hace cuánto tiempo permaneces al interior de este recinto?	<input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 2 horas <input type="checkbox"/> 2 a 4 horas <input type="checkbox"/> 4 a 6 horas <input type="checkbox"/> 6 a 8 horas <input type="checkbox"/> Mas de 8 horas <input type="checkbox"/> 6 a 8 horas <input type="checkbox"/> Mas de 8 horas		
¿Se te permitió tomar agua?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Se te permitió ir al baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Se te permitió comer?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Quién te trajo la comida?	<input type="checkbox"/> Un familiar <input type="checkbox"/> Un amigo		

	<input type="checkbox"/> La institución	
¿Fuiste separado de otros detenidos por alguna razón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	¿Cuál?
¿Permaneciste en el interior de una celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Donde
¿Has sido testigo de malos tratos a otros detenidos durante la estadía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Recibiste malos tratos durante la estadía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿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.
<b>Observaciones</b>		
<b>Traslado a Tribunal o Prisión preventiva</b>		
¿Cómo te trasladaron al tribunal?	<input type="checkbox"/> A pie <input type="checkbox"/> En bus policial <input type="checkbox"/> En Radio Patrulla <input type="checkbox"/> En Furgón Traslado <input type="checkbox"/> Otro	Describe
¿Cuánto tiempo aproximado duró el traslado al tribunal?	<input type="checkbox"/> 0 a 1 hora <input type="checkbox"/> Mas de 1 hora	
¿Se te ha permitido llevar tus objetos personales durante el traslado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Existió posibilidad de comunicación con los funcionarios policiales que te trasladaron?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Se te proporcionó alimentos o bebidas durante el traslado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Había suficiente luz al interior del vehículo de traslado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Había suficiente ventilación al interior del vehículo de traslado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Había suficiente espacio al interior del vehículo de traslado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
Mientras fuiste trasladado a los tribunales, los/las funcionarios policiales utilizaron elementos como gas pimienta, gas lacrimógena, esposas o grilletes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Describe
¿Te registraron durante el traslado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Describe
¿Has sido testigo de malos tratos a otros detenidos durante el traslado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Has recibido malos tratos durante tu traslado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿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.
<b>Observaciones</b>		

Interior tribunal			
¿Te realizaron control de detención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Cuánto tiempo aproximado estuviste en custodia de gendarmería?	<input type="checkbox"/> 0 a 1 hora <input type="checkbox"/> Mas de 1 hora		
¿Tuvistes acceso a un abogado defensor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Pudistes conversar a solas con el abogado defensor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿En qué lugar estuviste retenido en tribunales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Tuvistes acceso al baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Mientras estuviste en custodia de Gendarmería, los/las funcionarios ocuparon elementos como gas pimienta, gas lacrimógena, esposas o grilletes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Te registraron durante tu estadía en tribunales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Has sido testigo de malos tratos a otros detenidos durante la estadía en tribunales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Has recibido malos tratos durante tu estadía en tribunales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Quisieras realizar ahora una denuncia por tortura o malos tratos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A

Describe

Describe

Si la respuesta es sí, ocupar pautas 900 y 901.

Liberación			
¿Te entregaron tus objetos personales al momento de tu liberación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Firmaste algún documento al ser liberado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Te explicaron el contenido de estos documentos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Después de tu liberación te trasladaron a algún lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Quienes te trasladaron?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
A que hora fuiste liberado	<input type="checkbox"/> 0 a 7 de la madrugada <input type="checkbox"/> 7 a 12 de la mañana <input type="checkbox"/> 12 a 20 de la tarde <input type="checkbox"/> 20 a 0 de la noche		
¿Has recibido malos tratos durante tu liberación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Quisieras realizar ahora una denuncia por tortura o malos tratos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
<b>Observaciones</b>			

Cuales:

Si la respuesta es sí, ocupar pautas 900 y 901.

