

**ANEXO 2. PROTOCOLO PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN PREVIA A LA
DERIVACIÓN AL SERVICIO ESPECÍFICO DE ATENCIÓN A ABUSOS A NIÑOS, NIÑAS
Y ADOLESCENTES (SAANNA)**

FECHA DE REMISIÓN

NOMBRE DE LA PERSONA TÉCNICA QUE CUMPLIMENTA EL PROTOCOLO:			
PUESTO DESEMPEÑADO:			
ENTIDAD EMISORA DE LA SOLICITUD:			
TELÉFONO:		CORREO ELECTRÓNICO:	
PERSONA TÉCNICA DE REFERENCIA EN LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL CASO (en su caso):			

A	DATOS DE LA PERSONA MENOR DE EDAD			
N.º EXPTE D.T.:		N.º EXPTE Equipo At. Primaria (en caso de no tener EEIA):		
NOMBRE Y APELLIDOS				
DNI / NIE		FECHA NACIMIENTO		NACIONALIDAD
POBLACIÓN/PROVINCIA/CP				
DIRECCIÓN				
DECLARACIÓN DE RIESGO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FECHA:
DECLARACIÓN DE DESAMPARO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FECHA:
PERSONA DE CONTACTO: Nombre				
Relación con la posible víctima				
Teléfono de contacto				
Dirección				

B	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA PERSONA MENOR DE EDAD		
<input type="checkbox"/> Tutela por la administración	<input type="checkbox"/> En acogimiento familia educadora	<input type="checkbox"/> En acogimiento residencial	
<input type="checkbox"/> Guarda administrativa	<input type="checkbox"/> En acogimiento en familia extensa		
<input type="checkbox"/> Sin medidas administrativas		<input type="checkbox"/> Con medidas derivadas de la L.O. 5/2000	

C	UNIDAD DE CONVIVENCIA (No rellenar en caso de acogimiento residencial)			
Parentesco	Nombre	Edad	Actividad laboral/académica	
En caso que las personas progenitoras no convivan, indicar:				
Situación legal de ambas personas progenitoras y filiación actual				
Nombre y apellidos persona progenitora no convivencial				
Población/ provincia		Teléfono		
Dirección				

D		INTERPOSICIÓN DE LA CORRESPONDIENTE DENUNCIA Y/O EXISTENCIA INFORME MÉDICO	
* En caso afirmativo adjuntar la denuncia y/o informe médico en la presente solicitud previa de derivación.			
DENUNCIA:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indicar fecha de la misma:
En caso afirmativo, ¿quién ha interpuesto la denuncia?			
¿Ante qué organismo se ha interpuesto?			
En caso negativo, motivo de no interposición de la misma.			
¿Existe sospecha sobre alguna persona como realizadora de los abusos sexuales? (no cumplimentar en caso de derivación de la persona presuntamente agresora)			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Parentesco/ Relación:		Edad:	
Dicha persona, sospechosa de haber realizado los hechos, ¿convive actualmente con la víctima?			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
En caso de conocerse la persona presuntamente agresora, y haber medidas cautelares judiciales interpuestas, señalarlas.			
INFORME MÉDICO:	¿Hay parte de lesiones desde los servicios sanitarios? (Detallar en caso afirmativo).		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		

E		INFORMACIÓN DEL CASO	
1. En caso de acogimiento familiar o residencial, ¿existe intervención familiar desde el ámbito municipal?			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
En caso de acogimiento familiar o residencial, indicar líneas de intervención que se llevan a cabo con la persona menor de edad y actuaciones impulsadas desde que se tiene conocimiento de la situación actual.			
2. En caso de derivación por Equipo de Atención Primaria, ¿hay intervención desde el ámbito municipal (Equipo de Atención Primaria o EEIA) en el contexto familiar de la persona menor de edad con actuaciones de apoyo familiar (profesionales, tecnológicas o económicas, según art. 36, 37 y 38 de la <i>Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana</i>)?			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo, ¿con qué tipo de actuaciones de apoyo familiar se está interviniendo?			

3. ¿Sospecha previa de posibles abusos o agresiones sexuales?

 SI NO

Conductas observadas o indicadores, en el pasado o actuales, que sean posibles indicadores de abuso:

Verbalizaciones de la persona menor de edad que hagan sospechar posibilidad de abuso:

5. ¿Desde cuando presenta el niño, niña o adolescente los indicadores señalados?

6. Según las personas que ostentan la guarda o la tutela legal, confirmación que la persona menor de edad tiene un nivel de lenguaje comprensible (sobre todo para niño y niñas de edad inferior a los 4 años o para personas con diversidad funcional psíquica o intelectual).

7. ¿Cuándo y dónde ocurren /ocurrieron los supuestos hechos?

8. En caso de separación de las personas que ostentan la tutela legal, ¿han solicitado ante el juzgado la atribución de la guarda y custodia de la persona menor de edad? ¿Quién la ejerce? ¿Hay conflicto entre las partes?

9. ¿Qué otras motivaciones puede tener la solicitud de derivación a servicio específico de atención a abusos en la infancia y la adolescencia, por parte del padre, madre o representante legal? *(a contestar por parte de la persona técnica que cumplimenta el protocolo)*

10. Consecuencias en la dinámica familiar a partir de la revelación por parte de la persona menor de edad de los presuntos abusos sexuales.

11. ¿Qué otra problemática psico-socio-educativa o conductual-relacional presenta la persona menor de edad?

12. Existencia de otra problemática familiar no asociada a los presuntos abusos sexuales.

13. Observaciones respecto al caso o aspectos relevantes a señalar.

14. Documentación anexada (especificar).

<input type="checkbox"/>	

_____ de _____ de 202 ____

Firma de la persona técnica responsable
que cumplimenta el protocolo.