

## Servicios de Salud de Morelos

### Comité de Ética

Dirección General  
Dirección de Administración

Fecha de llenado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Formato de Primer Contacto

#### Atención a Casos de Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual

En seguimiento a lo establecido en el Protocolo de actuación para la recepción y atención de denuncias por hostigamiento sexual y acoso sexual, publicado en el Periódico Oficial “Tierra y Libertad” No. 6079 alcance de fecha 01/06/2022, este formato tiene por objeto recabar la información obtenida durante la entrevista de primer contacto a casos de hostigamiento y acoso sexual en la Administración Pública Estatal.

Es importante señalar que su nombre y datos personales tendrán el carácter de **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**, dando cumplimiento a lo dispuesto al artículo 3 fracción IX y X de la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Morelos y el artículo 3 fracción XXVII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Morelos, para evitar que se agrave su condición o se exponga a sufrir un daño adicional por este tipo de conductas. De igual forma, será información confidencial, el nombre de la persona presunta agresora, en tanto no se emita una resolución, en cumplimiento del principio de presunción de inocencia.

#### 1. Datos de la presunta víctima o de la persona que narra los hechos:

|                                                                                                                                           |           |            |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|----------|
| Nombre:                                                                                                                                   |           |            |          |
| Sexo:                                                                                                                                     | Mujer ( ) | Hombre ( ) | Otro ( ) |
| Correo electrónico:                                                                                                                       |           |            |          |
| Teléfono de contacto:                                                                                                                     |           |            |          |
| Nombre de una persona con la que se pueda establecer contacto. (en caso de ser menor de edad, nombre de la madre, padre o persona tutora) |           |            |          |
| Nombre y cargo de la persona con nivel jerárquico inmediato superior                                                                      |           |            |          |

En caso de trabajar en el sector público, incluir los siguientes datos:

## Servicios de Salud de Morelos

### Comité de Ética

Dirección General  
Dirección de Administración

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Área de adscripción:  |  |
| Puesto que desempeña: |  |

#### 2. Datos de la persona presunta agresora (en caso de contar con ellos):

|                                                                                     |           |            |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|----------|
| Nombre:                                                                             |           |            |          |
| Sexo:                                                                               | Mujer ( ) | Hombre ( ) | Otro ( ) |
| Institución y área de adscripción:                                                  |           |            |          |
| Puesto:                                                                             |           |            |          |
| Datos para localizarle (teléfono, correo, o dirección, en caso de contar con ellos) |           |            |          |

#### 3. ¿Existe alguna relación laboral con la persona que está siendo señalada como presunta agresora?

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sí ( )</p> <p>Es su jefe/a inmediato/a ( )</p> <p>Es su compañero/a de trabajo ( )</p> <p>Otra ( ) ¿Cuál es?</p>                                  | <p>No ( )</p> <p>Describe la relación o los motivos, en su caso, por los cuales trató con la(s) persona(s) presunta(s) agresora(s) en la o las ocasiones en que se presentaron las conductas de hostigamiento sexual o acoso sexual:</p> |
| <p>En caso de no contar con los datos anteriores, puede brindar otro tipo de información que permita identificar a la persona presunta agresora:</p> |                                                                                                                                                                                                                                          |



**SERVICIOS  
DE SALUD**

## **Servicios de Salud de Morelos Comité de Ética**

Dirección General  
Dirección de Administración

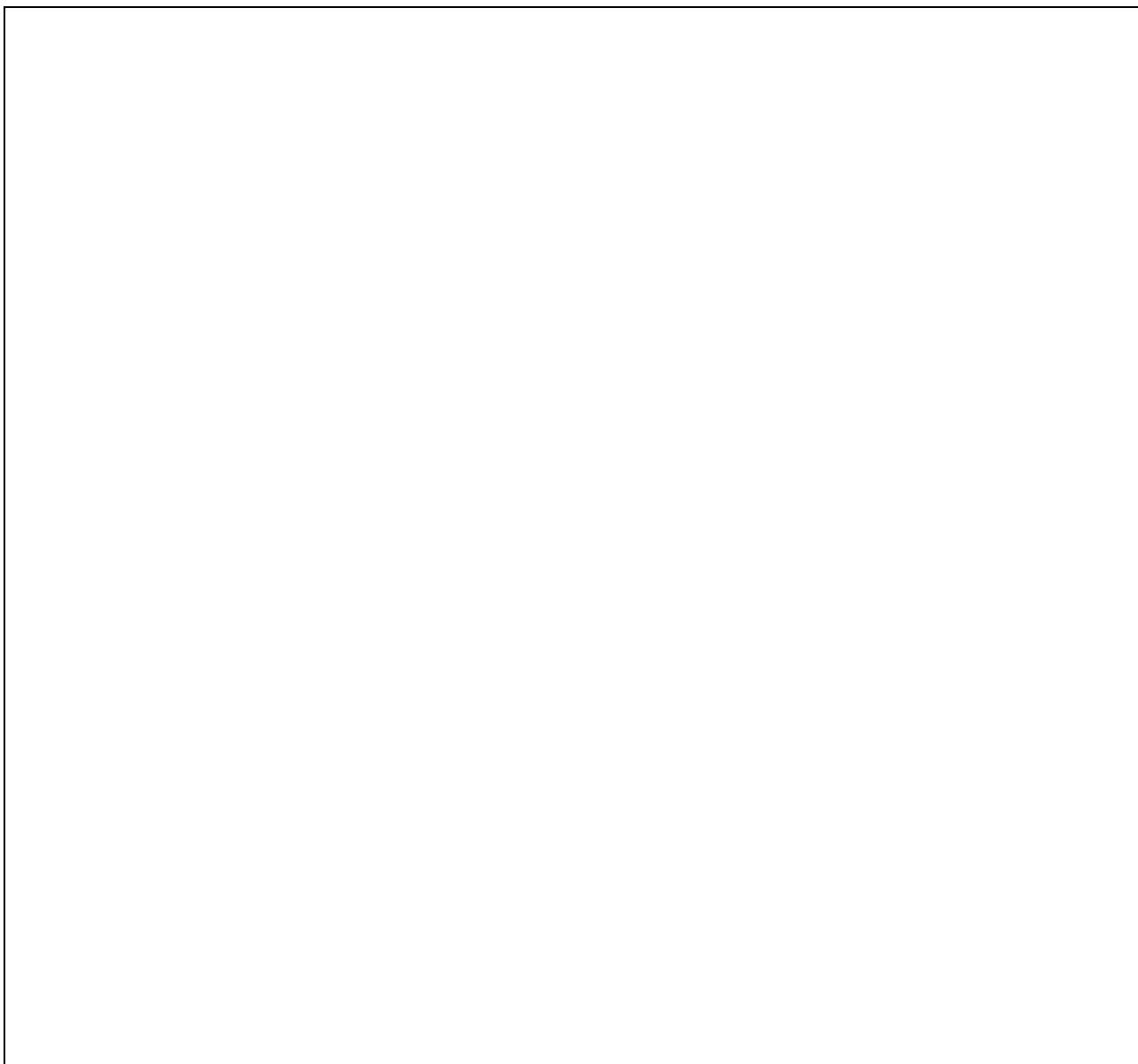
- 4. Narre todo lo relacionado con los hechos ocurridos sobre el hostigamiento sexual y/o acoso sexual en su contra o en contra de otra persona (describa la situación considerando aspectos como tipo de conducta(s), miradas lascivas, tocamientos, comentarios, propuestas sexuales, etcétera, temporalidad, por ejemplo, momento en el que ocurre, circunstancias como horarios, dentro o fuera del trabajo, lugares, ambiente; trate de describir circunstancias de tiempo (¿cuándo?), lugar (¿dónde?) y modo (¿cómo?) lo más claro posible:**

Narración (Si después del texto de la narración queda algún espacio en blanco, favor de tacharlo):

# **Servicios de Salud de Morelos**

## **Comité de Ética**

Dirección General  
Dirección de Administración



## **Servicios de Salud de Morelos Comité de Ética**

Dirección General  
Dirección de Administración

- 5. ¿Cuenta con elementos que pudieran corroborar los hechos antes narrados?  
(Fotografías, testigos, historial de llamadas, notas en papel de invitaciones,  
correos electrónicos, mensajes, actividad en redes sociales u otros)**

☐ No.  
☐ Sí. Describa cuáles:

- 6. ¿La conducta ha ocurrido?**

☐ En una ocasión.  
☐ En más de una ocasión.  
☐ De manera continuada hasta la fecha actual.

- 7. Fechas aproximadas en las que sucedieron las conductas**

- 8. En caso de haber sido en una ocasión, precisar:**

|        |  |
|--------|--|
| Fecha: |  |
| Hora:  |  |
| Lugar: |  |

## **Servicios de Salud de Morelos Comité de Ética**

Dirección General  
Dirección de Administración

**9. ¿Alguna persona o personas presenciaron los hechos narrados (punto 4)?**

☐ No.  
☐ No sé.  
☐ Sí. En este caso, proporcione sus datos de contacto (nombre, correo electrónico y/o su teléfono):

**10. ¿Las personas que han presenciado los hechos narrados (punto 4) guardan alguna relación con la persona presunta agresora?**

☐ No.  
☐ Sí. ¿qué tipo de relación?:

**11. ¿Identifica un trato diferenciado hacia usted por parte de la persona presunta agresora, antes y después de los hechos narrados (Ha cambiado la relación laboral)?**

☐ No.  
☐ Sí. En este caso, por favor descríbalos:

**12. A partir de lo que ha sucedido con la conducta narrada, ¿usted ha presentado algún tipo de padecimiento físico, como dolor de cabeza, dificultades gástricas u otras enfermedades reiterativas?; ¿Problemas de orden emocional, como miedo, angustia, inseguridad, dificultades para dormir o concentrarse, desánimo, tristeza, entre otras? o ¿Problemas de tipo social que afecten sus relaciones cotidianas?**

☐ No.  
☐ Sí. ¿Cuáles?

## **Servicios de Salud de Morelos Comité de Ética**

Dirección General  
Dirección de Administración

**13. ¿Considera necesario recibir atención psicológica?**

☐ Sí.  
☐ No.  
☐ No sé.

**14. ¿Considera que su integridad física o emocional se encuentra en riesgo?**

☐ No.  
☐ Sí. En este caso ¿Considera que requiere medidas de protección? Sí ( ) No ( )

**15. ¿Ha sido amenazada, advertida, coaccionada o intimidada de alguna manera con posibles represalias por negarse a las propuestas o por tratar de detener la situación?**

☐ No.  
☐ Sí. Especifique:

**16. ¿Hay datos adicionales que puede proporcionar para fortalecer los hechos narrados?**

☐ No.  
☐ Sí. ¿Cuáles?

**17. ¿Ha presentado alguna denuncia formal ante alguna instancia (Órgano Interno de Control o Ministerio Público)?**

☐ No.  
☐ Sí. Especifique:

## **Servicios de Salud de Morelos Comité de Ética**

Dirección General  
Dirección de Administración

**Seleccione según aplique:**

- ☐ Estoy de acuerdo con la información recabada en este formato.
- ☐ Estoy de acuerdo con que la información recabada en este formato se presente ante el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.

|                                                                                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre completo y firma de la persona presunta víctima o de la persona que narró los hechos (en caso de que la presunta víctima sea un tercero): |  |
| Nombre completo y firma de la persona que brindó la atención de primer contacto:                                                                 |  |

### **I. Resumen de la atención brindada:**

|  |
|--|
|  |
|--|