

**Cuestionario Preliminar**

Por favor, esté avisado de que:

* Usted debe hacer una copia de admisión/papeleo **ANTES** de presentar los documentos a OEO
* Completar un formulario de admisión es para fines de revisión **SOLO**
* La información contenida en el formulario se mantiene **CONFIDENCIAL** en esta oficina

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| querellante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | | | | | | | | Hembra | Intersexo | | | | | Varón | |
| Dirección | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Número de teléfono |  | | | | | | Dirección de correo electrónico | | | | | | | | | | | | | |
| Seleccione el estado adecuado con la Universidad. Si usted es la facultad o del personal, escribir su puesto de trabajo. Si usted es un estudiante, escribir el año y el programa de estudio. | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| Facultad  El personal  Estudiante  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Departamento/Programa de Estudio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEMANDADO (si hay más de uno, por favor enumere todos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | | | | Hembra | | | Intersexo | | | | | Varón | | | |
| Dirección de correo electrónico | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Seleccione el estado del demandado  Facultad  El personal  Estudiante  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Departamento | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEMANDADO (si hay más de uno, por favor enumere todos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | | | | Hembra | | | Intersexo | | | | | Varón | | | |
| Dirección de correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seleccione el estado del demandado  Facultad  El personal  Estudiante  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Departamento | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEMANDADO (si hay más de uno, por favor enumere todos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | | | | Hembra | | | Intersexo | | | | | Varón | | | |
| Dirección de correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seleccione el estado del demandado  Facultad  El personal  Estudiante  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Departamento | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNM Office of Equal Opportunity | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuestionario Preliminar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASE DE QUEJA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Violencia sexual | | | | Acoso | | Discriminación | | | | Represalias | | | | | Si no se acomodar | | | | | |
| **SECCIÓN II: PROTEGIDA CATEGORÍA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Edad | | | Ascendencia/Origen nacional | | | | Color | | | | Discapacidad (física o mental) | | | | | | | | | |
| Género (identidad / expresión) | | | Información genética | | Condición médica | | | | | | Embarazo | | | | | Religión | | | | |
| Sexo | |  | Orientación sexual | | Afiliación del cónyuge | | | | | | Estatus de veterano | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DETALLES DEL EVENTO | | | | |
| Localización (es)  En el campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fuera del campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Primera vez: (Fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Ultima vez: (Fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Continuo?  Sí  No | |
| ¿Alguien presenciar el comportamiento descrito anteriormente?  Sí  No | | | | |
| Describa la queja e identificar cualquier testigo al evento (adjuntar páginas adicionales si es necesario) | | | | |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| ¿Ha traído su queja a la atención de cualquier otro personal de la Universidad y / o agencia externa?  Sí  No Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Si es así, por favor escribe que en la universidad y / o agencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| (Para OEO utilizar solamente) Received by Date | | | | |