

## ■ Pasos para mantenerme segura/o:

Tener un poco de **dinero** conmigo.

Tener mi **celular cargado** y conmigo.

**Enseñarles a mis hijos** a irse a un lugar seguro (Casa de un amigo/a, vecino/a, o familiar).

Enseñarles a mis hijos a **llamarle a la policía** cuando estén en peligro y a dar su nombre completo, su dirección, y su teléfono.

Tener una **bolsa de emergencia** en un lugar seguro.

## ■ Aumentando mi independencia:

Puedo empezar a **ahorrar dinero** y a guardarlo en un lugar seguro (como en mi propia cuenta de banco).

Puedo **obtener ayuda** de una terapeuta, de una persona que abogue por mi, de un proveedor medico, o de servicios legales.

Puedo tratar de **mantenerme en contacto** con un pariente o amigo/a en el que tengo confianza.

## ■ Cosas que poner en mi bolsa de emergencia:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicinas/<br>recetas médicas             | <input type="checkbox"/> Juguetes<br>especiales                         |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta telefónica/<br>cambio             | <input type="checkbox"/> Dinero   |
| <input type="checkbox"/> Llaves extras                             | <input type="checkbox"/> Celular y cargador                             |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de banco/<br>tarjeta de crédito   | <input type="checkbox"/> Identificación/licencia                        |
| <input type="checkbox"/> Orden de custodia<br>de niños             | <input type="checkbox"/> Orden de restricción                           |
| <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo                        | <input type="checkbox"/> Pasaporte/papeles de<br>inmigración/green card |
| <input type="checkbox"/> Foto de la<br>persona que<br>le hace daño | <input type="checkbox"/> Tarjeta EBT                                    |
| <input type="checkbox"/> Libreta con<br>direcciones                | <input type="checkbox"/> Ropa   |
|  | <input type="checkbox"/> Artículos personales<br>y pañales              |
|  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                    |

**Si tiene alguna prueba de abuso, tráigala.**

## ■ Teléfonos Importantes:

**Policía** 9-1-1

Líneas locales de violencia doméstica

---

---

Línea local de asalto sexual \_\_\_\_\_

Ayuda con órdenes de restricción \_\_\_\_\_

Apoyo para LGBT \_\_\_\_\_

Ayuda Legal \_\_\_\_\_

Línea nacional de VD 1-800-799-SAFE

Línea nacional del asalto sexual 1-800-656-HOPE

Línea nacional del abuso  
de adolescentes 1-866-331-9474

Línea nacional de prevención  
del suicidio 1-800-SUICIDE

## ■ Ayuda después de un asalto sexual:

**Si mi pareja o quien sea me obliga a tener relaciones sexuales cuando yo no quiero, yo puedo:**

Ir al departamento de emergencias

---

Llamar a la línea local o nacional  
de 24 horas de asalto sexual

---

Otros recursos

---

---



Mi Plan de Seguridad desarrollado por LEAP 08/2009.  
Puede ser usado sin permiso con tal de que no sea cambiado y se le de crédito a LEAP (Look to End Abuse Permanently), c/o Maxine Hall Health Center, 1301 Pierce St., San Francisco, CA 94115 www.leapsf.org.

LEAP le da gracias a Kaiser Permanente de San Francisco y a La Casa de las Madres por sus contribuciones a este plan de seguridad.



**Usted merece estar fuera de peligro y ser feliz.**



# Mi Plan de Seguridad

No se lleve esto a menos de que sepa que sea seguro hacerlo.

# Mi Relación y Mi Seguridad



■ **Estar en una relación que te hace daño puede causar muchas emociones diferentes. Es normal tener algunas o todas de estas emociones.**

Marque todas las que apliquen a usted:

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apenada/o     | <input type="checkbox"/> Confundida/o |
| <input type="checkbox"/> Esperanzada/o | <input type="checkbox"/> Triste       |
| <input type="checkbox"/> Con miedo     | <input type="checkbox"/> Amor         |
| <input type="checkbox"/> Enojada/o     | <input type="checkbox"/> Entumecida/o |
| <input type="checkbox"/> Sin esperanza | <input type="checkbox"/> Contenta/o   |
| <input type="checkbox"/> Atrapada/o    | <input type="checkbox"/> Aislada/o    |

■ **¿Que pienso yo de mi relación?**

- No estoy segura/o de como me siento.
- Pienso que esta relación se mejorará.
- Quiero acabar con esta relación.
- Otro:

---

---

---

---

■ **Muchas personas aman a su pareja y también sienten que su relación las pone en peligro.**

**¿Su relación tiene alguna de estas señales de peligro?**

- Mi pareja me ha herido tan fuerte que he necesitado tratamiento médico.
- Mi pareja me sigue donde sea que yo vaya.
- Mi pareja ha amenazado que les va a hacer daño a mis hijos.
- Mi pareja usa alcohol o drogas.
- Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando yo no he querido.
- Mi pareja ha amenazado matarme.
- Mi pareja ha amenazado matarse.
- Mi pareja tiene una pistola o puede conseguir una pistola fácilmente
- Otras cosas que hace mi pareja que me preocupan:

---

---

---

■ **Seguridad durante una pelea:**

**Aléjese de:**

- Armas (pistolas y cuchillos)
- Lugares pequeños o peligrosos (coche, cocina, baño)

**Váyase hacia un lugar más seguro como:**

- Un cuarto con salida
- Un cuarto con teléfono
- Un lugar público

**Si necesito llamar a la policía:**

- Les daré **mi dirección** y les diré si hay **un arma**.

■ **El lugar más cerca al que puedo ir si necesito ayuda o me tengo que ir es:**

Estación de policía/bomberos:

---

Hospital/clínica:

---

Casa de un amigo/a//vecino/a//familiar:

---

(Nombre/dirección/teléfono)

Otro: 

---