

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, vecino, 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 en el que tengo confianza.

Cosas que poner en mi bolsa de emergencia:

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

Si tiene alguna prueba de abuso, tráigala.

Teléfonos Importantes:

Policía 9-1-1

Líneas locales de violencia domestica [VD]

La Casa de Las Madres	1-877-503-1850
WOMAN, Inc.	415-864-4722

Línea local de asalto sexual 415-647-7273

Ayuda con órdenes de restricción 415-255-0165

**Línea local de prevención
del suicidio** 415-781-0500

Apoyo para LGBT (CUAV) 415-333-HELP

Ayuda Legal del Área de la Bahía 1-800-551-5554

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/
Tratamiento de la Violación del Hospital General
de SF: 1001 Potrero Avenue, San Francisco**

**Llamar al Centro de Recuperación de Trauma
entre las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la
tarde lunes a viernes: (415) 437-3000**

**Hablar a la línea de Mujeres de SF en Contra de
las Violaciones las 24 horas: (415) 647-7273**



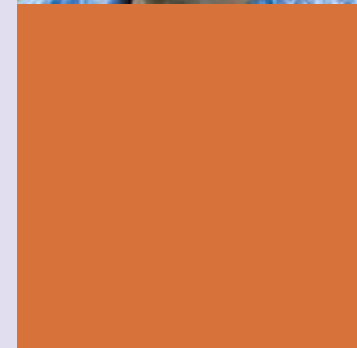
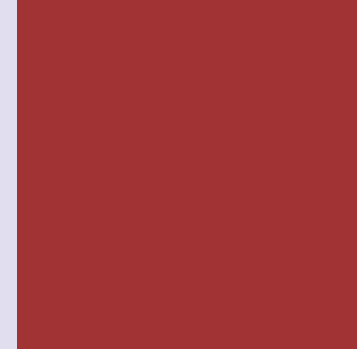
Mi Plan de Seguridad desarrollado por LEAP 08/2009.

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:

■ **Mucha gente 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 publico

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/vecino/familiar:

(Nombre/dirección/teléfono)

Otro:
