

Instituto Veracruzano de las Mujeres

Mes que reporta

Folio Libro

IVM 2017

CÉDULA DE ATENCIÓN EN MÓDULO/VENTANILLA

Cédula	Fecha de Atención <input type="text"/> Hora de Ingreso <input type="text"/> Hora Asesora 1 <input type="text"/> Hora Asesora 2 <input type="text"/> Hora de Salida <input type="text"/>																				
	Folio CAE's y/o refugio <input type="text"/> Folio Víctima <input type="text"/> Folio Evento <input type="text"/> Fecha del último incidente <input type="text"/>																				
Tipo de Atención: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Telefónica Tipo de Asesoría: <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Trabajo Social <input type="checkbox"/> Promotora																					
Demanda o situación desencadenante <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>																					
Datos Generales Datos de la Usuaría	Nombre: <input style="width: 300px;" type="text"/> Apellidos: <input style="width: 300px;" type="text"/>																				
	Edad <input type="text"/> Fecha Nacimiento <input type="text"/> Lugar de Nacimiento <input style="width: 300px;" type="text"/>																				
	Situación de pareja o estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Amasiato <input type="checkbox"/> Otro Especifique <input style="width: 300px;" type="text"/>																				
	Relación con la persona agresora: <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Novio(a) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Conocido Especifique <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Familiar Parentesco <input style="width: 100px;" type="text"/>																				
	¿ Ha vivido violencia con su última pareja?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																				
	Domicilio <input style="width: 300px;" type="text"/> Colonia <input style="width: 200px;" type="text"/> C. Postal <input style="width: 100px;" type="text"/> Teléfono Local <input style="width: 100px;" type="text"/> Teléfono Celular <input style="width: 100px;" type="text"/> Municipio <input style="width: 100px;" type="text"/> Comunidad <input style="width: 100px;" type="text"/>																				
Datos de los Hijos e Hijas	No. de Hijos(as): <input type="text"/>																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 40%;">Nombre:</th> <th style="width: 15%;">Escolaridad:</th> <th style="width: 10%;">Edad:</th> <th style="width: 20%;">¿Con quién vive?:</th> <th style="width: 15%;">Recibio servicio:</th> </tr> <tr> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	Nombre:	Escolaridad:	Edad:	¿Con quién vive?:	Recibio servicio:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Nombre:	Escolaridad:	Edad:	¿Con quién vive?:	Recibio servicio:																
	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																	
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 40%;">Nombre:</th> <th style="width: 10%;">Edad:</th> <th style="width: 40%;">Vínculo o parentesco:</th> <th style="width: 10%;">Recibio servicio:</th> </tr> <tr> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	Nombre:	Edad:	Vínculo o parentesco:	Recibio servicio:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Nombre:	Edad:	Vínculo o parentesco:	Recibio servicio:																		
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																		
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																		
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																		
Estrato Social	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Ocupación</th> <th style="width: 50%;">Tipo de Percepción</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Campesina <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> <td> <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Beca <input type="checkbox"/> otro <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Honorarios <input style="width: 100px;" type="text"/> Ingreso Mensual <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> </table>	Ocupación	Tipo de Percepción	<input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Campesina <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Beca <input type="checkbox"/> otro <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Honorarios <input style="width: 100px;" type="text"/> Ingreso Mensual <input style="width: 100px;" type="text"/>																
	Ocupación	Tipo de Percepción																			
	<input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Campesina <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Beca <input type="checkbox"/> otro <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Honorarios <input style="width: 100px;" type="text"/> Ingreso Mensual <input style="width: 100px;" type="text"/>																			
	¿Con quién vive? <input style="width: 150px;" type="text"/> ¿Cuenta con alguna red de apoyo? <input style="width: 150px;" type="text"/> ¿Religión? <input style="width: 150px;" type="text"/>																				
Idioma <input style="width: 150px;" type="text"/>																					
¿Cuenta con algún programa social?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál?: <input style="width: 150px;" type="text"/>																					

Nivel de Estudios

- Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Técnica
 Licenciatura Posgrado Maestría Doctorado

Estatus de estudios

- Terminado Inconcluso

¿Consumo bebidas alcohólicas?

- NO SI

¿Medicamentos controlados?

- NO
 SI
 SE DESCONOCE

¿Con qué frecuencia?

- Diario Una vez por semana Dos veces por semana
 Dos veces al mes Cada ocasión Solo en fiestas

¿Consumo Estupefacientes?

- NO SI

¿Cuenta con servicio médico?

- NO SI

¿Cuál?

¿Padece alguna enfermedad?

- NO SI

¿Cuál?

¿Padece alguna discapacidad?

- NO SI

¿Cuál?

¿Se encuentra embarazada?

- NO SI

¿Cuántos meses?

Observación Riesgo de Embarazo

Síntomatología Emocional

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baja Autoestima | <input type="checkbox"/> Dependencia Emocional | <input type="checkbox"/> Persecución | <input type="checkbox"/> Bloqueo cognitivo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Afectación Emocional | <input type="checkbox"/> Sumisión | <input type="checkbox"/> Descontrol |
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Falta de habilidades sociales | <input type="checkbox"/> Vergüenza |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación | <input type="checkbox"/> Somatizaciones | <input type="checkbox"/> Agotamiento psíquico |
| <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño | <input type="checkbox"/> Sentimientos de Indefensión | <input type="checkbox"/> Perplejida | <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpa |

Sintomatología Física

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico en general | <input type="checkbox"/> Molestias gastrointestinales | |
| <input type="checkbox"/> Cervicalgia | <input type="checkbox"/> Molestias pélvicas | |

Creencias

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Justificación de agresiones | <input type="checkbox"/> Resignación |
| <input type="checkbox"/> Creencia real de lo que dice el otro | <input type="checkbox"/> Fatalismo |
| <input type="checkbox"/> Creencias tradicionales roles de género | <input type="checkbox"/> Voluntad poco firme de superación |

Factores Psicosociales

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hijos | <input type="checkbox"/> No tiene un lugar donde vivir | <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Su propia familia no la apoya | <input type="checkbox"/> Revictimización | <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> No trabaja | Otros _____ | |

Relación de Pareja

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Roles de pareja desiguales | <input type="checkbox"/> Ciclo de violencia |
| <input type="checkbox"/> Ambivalencia afectiva en el agresor | <input type="checkbox"/> Tiempo de convivencia |
| <input type="checkbox"/> Falta de libertad | <input type="checkbox"/> Agresiones previas a la denuncia |
| <input type="checkbox"/> Autonomía | <input type="checkbox"/> Adaptación Psicológica |

Relaciones Sociales

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aislamiento | <input type="checkbox"/> Desadaptación laboral |
| <input type="checkbox"/> Desadaptación Social | <input type="checkbox"/> Circulo relacional |

Tratamientos

- Tratamiento/ Ayuda Profesional

Relato

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Credibilidad del relato | <input type="checkbox"/> Discurso sobre la relación de la pareja |
| <input type="checkbox"/> Coherente | <input type="checkbox"/> Resistencia a evocar recuerdos negativos |
| <input type="checkbox"/> Con afectación emocional | <input type="checkbox"/> Riqueza de detalles |
| <input type="checkbox"/> Con lagunas | |

Valoración

Proceso de evaluación u observaciones

Tipo de demanda en la que encuadra su problemática

- Penal Civil Laboral Mercantil Otro

Especifique

Relato de los hechos

Situación legal en la que se encuentra su problemática

Procedimiento legal

Valoración

Alcances y resultados

Herramientas Jurídicas

Relevancia Atribuïda

Herramientas Sociales

Relevancia Atribuída

Situación de trabajo social en la que encuadra su problemática

Relevancia Atribuída

Tipo de Gestión

Procedimiento

Canalizaciones

Dependencias Gubernamentales y Privadas

Instituciones

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CAPASITS - Centro Ambulatorio SSA | <input type="checkbox"/> Unidad Integral de Procuración de Justicia |
| <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> Estatal
<input type="checkbox"/> Municipal | <input type="checkbox"/> Comisión de los Derechos Humanos <input type="checkbox"/> Estatal
<input type="checkbox"/> Municipal |
| <input type="checkbox"/> H.Ayto Especifique _____ | <input type="checkbox"/> P. JUDICIAL Centro de Justicia Alternativa |
| <input type="checkbox"/> IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Juzgados de Primera Instancia y Menores |
| <input type="checkbox"/> IMM Instituto Municipal de las Mujeres | <input type="checkbox"/> STPS Secretaría del Trabajo, Previsión Social y Productividad |
| <input type="checkbox"/> SSA Hospitales Regionales/Módulos de Violencia | <input type="checkbox"/> HOSPSIC Hospital Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> ISSSTE Instituto del Seguro Social T. Edo. | <input type="checkbox"/> SEV Secretaría de Educación de Veracruz |
| <input type="checkbox"/> Fiscalía Coordinadora Especializada en Investigación de delitos contra la familia, mujeres, niños y niñas y de trata de personas | <input type="checkbox"/> DIF Procuraduría de la Defensa del Menor y el Indígena |
| <input type="checkbox"/> SEDESOL | <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal |
| <input type="checkbox"/> Instituto Veracruzano de la Defensoría Pública | <input type="checkbox"/> Otro(s) Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Jurídico U.V. | |
| <input type="checkbox"/> A.C. ¿Cuál? _____ | |

No. de Oficio/Tarjeta:

Fecha de Expedición:

Observaciones de la Canalización

Indicadores de Riesgo

Indicadores de Riesgo

- *Ataques previos con riesgo mortal
- *Amenazas de muerte a la víctima
- *El agresor irrespeta las medidas de protección
- *El agresor es convicto o exconvicto por delitos contra las personas
- *El agresor tiene una acusación o condena previa por delitos contra la integridad física o sexual de las personas
- *Intento o amenaza de suicidio de parte del agresor
- *La víctima considera que el agresor es capaz de matarla
- *La víctima está aislada o retenida por el agresor contra su propia voluntad o lo ha estado previamente
- *Abuso sexual del agresor contra los hijos u otras personas menores de edad de la familia cercana, así como tentativa de realizarlo
- *El agresor pertenece a una institución policial, fuerzas armadas o procuración de justicia
- *Hay abuso físico contra los hijo/jas o la víctima y/o hijos/jas han sido amenazados o heridos con arma de fuego o blanca
- *La víctima es recientemente separada, ha anunciado que piensa separarse, ha puesto una denuncia penal o han solicitado medidas de protección, han existido amenaza por parte del agresor de llevarse a sus hijos/jas más pequeños si decide separarse
- *Abuso de alcohol o drogas por parte del agresor
- *Aumento de la frecuencia y gravedad de la violencia
- *La víctima ha recibido atención en salud como consecuencia de las agresiones o ha recibido atención psiquiátrica
- *El agresor tiene antecedentes psiquiátricos
- *El agresor es una persona que tiene conocimiento en el uso, acceso, trabaja o porta armas de fuego
- *Resistencia violenta a la intervención policial o a la de otras figuras de autoridad
- *Acoso, control o amedrentamiento sistemático de la víctima
- *Que haya matado mascotas

Aquellos indicadores resaltados con un asterisco (*), por sí solos, implican un alto riesgo de muerte para las mujeres

Control

Tipo de Seguimiento

- Psicológico
- Jurídico
- Trabajo Social
- Promotora

Tipo/Modalidad de la Violencia
Situación de la Violencia

Tipos de Violencia

- Psicológica
- Sexual
- Económica
- Física
- Patrimonial
- Obstétrica

Modalidades de Violencia

- Familiar/Familiar Equiparada
- Institucional
- Escolar
- De Género
- Laboral
- Comunitaria
- Femicida
- Política

Lugar donde fue la violencia

- Hogar
- Trabajo
- Vía Pública
- Escuela
- Otro
- Especifique

¿Sufrió alguna lesión?

- NO
- SI

¿Dónde?

¿Ha requerido hospitalización?

- NO
- SI

Datos Generales
Datos específicos de la persona Agresora

Nombre: Apellidos:

Sexo: Mujer Hombre Alias: Fecha de nacimiento: Edad:

Situación de pareja: Soltero(a) Divorciado(a) Casado(a) Concubinato Unión Libre Viudo(a) Amasiato
 Separado(a) Otro

Domicilio Colonia o Comunidad Idioma
Religión

Teléfono Local Teléfono Celular Municipio C.Postal

¿Porta algún tipo de arma? NO SI ¿Cuál? Lugar de Nacimiento

Salud	<p>¿Cuenta con servicio médico? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál? _____</p> <p>¿Padece alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál? _____</p> <p>¿Padece alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál? _____</p>
Estrato Social <small>Entorno Social del Agresor(a)</small>	<p>Ocupación: <input type="checkbox"/> Labores de Oficio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado(a) <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Campesino(a) <input type="checkbox"/> Otro _____ Especifique _____</p> <p>Tipo de Percepción: <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Honorarios _____ Ingreso _____</p> <p>Nivel de Estudios: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado</p> <p>Estatus de estudios: <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Inconcluso</p> <p>¿Servidor (a) público (a)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE Cargo: _____ Institución: _____</p>
Conducta del Agresor(a)	<p>¿Consumo bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Con qué frecuencia? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> Dos veces por semana</p> <p>¿Consumo Estupefacientes? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada ocasión <input type="checkbox"/> Solo en fiestas</p> <p>¿Consumo Medicamentos controlados? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE ¿Ha sido agredida durante los efectos del alcohol y otro? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE</p>
Control Interno	<p>¿El caso requiere de medida u orden de protección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Se le informa a la usuaria la medida u orden de protección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿El Caso esta relacionado con delitos del fuero federal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿La usuaria solicita la medida u orden de protección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>_____ Firma o huella de beneficiaria</p> <p>_____ Firma de la responsable</p> <p>_____ Firma de aviso a la Superioridad</p>

DECLARATIVA DE PRIVACIDAD

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado: **“Asesoría Jurídica, Psicológica y/o de Trabajo Social a Mujeres en situación de Violencia”**, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 581 para la Tutela de los Datos Personales en el Estado de Veracruz y demás disposiciones aplicables. Dichos datos se recaban con fundamento en los artículos 3, 14, 51, 58 de la Ley citada y se requieren para integrar una base de datos de **“Asesoría Jurídica, Psicológica y/o de Trabajo Social a Mujeres en situación de Violencia”**, por lo que únicamente serán utilizados para ello y para fines estadísticos. Dirección General, Subdirección de Promoción de la Igualdad y Oficina de Violencia de Género y Salud Integral, son las áreas administrativas responsables del Sistema de Datos Personales denominado: **“Asesoría Jurídica, Psicológica y/o de Trabajo Social a Mujeres en situación de Violencia”**, y el domicilio en el que la y/o el interesado podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales del Sistema de Datos Personales: **“Asesoría Jurídica, Psicológica y/o de Trabajo Social a Mujeres en situación de Violencia”**, si así lo desea y previa la solicitud correspondiente, es la Avenida Adolfo Ruiz Cortines #1618, Col. Francisco Ferrer Guardia, C.P. 91020 en la ciudad de Xalapa, Ver; si tiene dudas o comentarios, envíe un correo electrónico direccion_ivm@veracruz.gob.mx, gmontesdeoca@ivermujeres.gob.mx y/u Oficina responsable sbernabe@ivermujeres.gob.mx.