

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"/>
	Nombre: <input type="text"/> Apellidos: <input type="text"/> Edad <input type="text"/> Fecha Nacimiento <input type="text"/> Lugar de Nacimiento <input 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: 100%;" 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 type="checkbox"/> Familiar Parentesco <input type="text"/> ¿ Ha vivido violencia con su última pareja?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Domicilio <input type="text"/> Colonia <input type="text"/> C. Postal <input type="text"/> Teléfono Local <input type="text"/> Teléfono Celular <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> Comunidad <input type="text"/>
Datos Generales Datos de la Usuaría	No. de Hijos(as): <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/> Escolaridad: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> ¿Con quién vive?: <input type="text"/> Recibio servicio: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Nombre: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> Vínculo o parentesco: <input type="text"/> Recibio servicio: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Ocupación <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 type="text"/> Tipo de Percepción <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Beca <input type="checkbox"/> otro <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="text"/> Ingreso Mensual <input type="text"/> ¿Con quién vive? <input type="text"/> ¿Cuenta con alguna red de apoyo? <input type="text"/> ¿Religión? <input type="text"/> Idioma <input type="text"/> ¿Cuenta con algún programa social?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál?: <input type="text"/>
Estrato Social	¿Con quién vive? <input type="text"/> ¿Cuenta con alguna red de apoyo? <input type="text"/> ¿Religión? <input type="text"/> Idioma <input type="text"/>
	¿Cuenta con algún programa social?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál?: <input type="text"/>

**Nivel de Estudios**

- Analfabeta     Primaria     Secundaria     Bachillerato     Técnica  
 Licenciatura     Posgrado     Maestría     Doctorado

**Estatus de estudios**

- Terminado     Inconcluso

**Salud**

¿Consumes bebidas alcohólicas?  
 NO     SI

¿Medicamentos controlados?  
 NO

¿Con qué frecuencia?  
 Diario     Una vez por semana     Dos veces por semana

¿Consumes Estupefacientes?  
 NO     SI

SI  
 SE DESCONOCE

Dos veces al mes     Cada ocasión     Solo en fiestas

¿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              |   |

**Herramientas Psicológicas**

**Indicadores y Relevancia Atribuída**

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

<b>Herramientas Sociales</b>	<b>Relevancia Atribuída</b>	Situación de trabajo social en la que encuadra su problemática			
<b>Herramientas Sociales</b>	<b>Relevancia Atribuída</b>	Tipo de Gestión	Procedimiento		
<b>Canalizaciones</b>	<b>Dependencias Gubernamentales y Privadas</b>	Instituciones <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> CAPASITS - Centro Ambulatorio SSA  <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal  <input type="checkbox"/> H.Ayto Especifique _____  <input type="checkbox"/> IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social  <input type="checkbox"/> IMM Instituto Municipal de las Mujeres  <input type="checkbox"/> SSA Hospitales Regionales/Módulos de Violencia  <input type="checkbox"/> ISSSTE Instituto del Seguro Social T. Edo.  <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"/> SEDESOL  <input type="checkbox"/> Instituto Veracruzano de la Defensoría Pública  <input type="checkbox"/> Jurídico U.V.  <input type="checkbox"/> A.C. ¿Cuál? _____                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Unidad Integral de Procuración de Justicia  <input type="checkbox"/> Comisión de los Derechos Humanos <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal  <input type="checkbox"/> P. JUDICIAL Centro de Justicia Alternativa  <input type="checkbox"/> Juzgados de Primera Instancia y Menores  <input type="checkbox"/> STPS Secretaría del Trabajo, Previsión Social y Productividad  <input type="checkbox"/> HOSPSIC Hospital Salud Mental  <input type="checkbox"/> SEV Secretaría de Educación de Veracruz  <input type="checkbox"/> DIF Procuraduría de la Defensa del Menor y el Indígena  <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal  <input type="checkbox"/> Otro(s) Especifique _____                 </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> CAPASITS - Centro Ambulatorio SSA <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> H.Ayto Especifique _____ <input type="checkbox"/> IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social <input type="checkbox"/> IMM Instituto Municipal de las Mujeres <input type="checkbox"/> SSA Hospitales Regionales/Módulos de Violencia <input type="checkbox"/> ISSSTE Instituto del Seguro Social T. Edo. <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"/> SEDESOL <input type="checkbox"/> Instituto Veracruzano de la Defensoría Pública <input type="checkbox"/> Jurídico U.V. <input type="checkbox"/> A.C. ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Unidad Integral de Procuración de Justicia <input type="checkbox"/> Comisión de los Derechos Humanos <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> P. JUDICIAL Centro de Justicia Alternativa <input type="checkbox"/> Juzgados de Primera Instancia y Menores <input type="checkbox"/> STPS Secretaría del Trabajo, Previsión Social y Productividad <input type="checkbox"/> HOSPSIC Hospital Salud Mental <input type="checkbox"/> SEV Secretaría de Educación de Veracruz <input type="checkbox"/> DIF Procuraduría de la Defensa del Menor y el Indígena <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otro(s) Especifique _____
<input type="checkbox"/> CAPASITS - Centro Ambulatorio SSA <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> H.Ayto Especifique _____ <input type="checkbox"/> IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social <input type="checkbox"/> IMM Instituto Municipal de las Mujeres <input type="checkbox"/> SSA Hospitales Regionales/Módulos de Violencia <input type="checkbox"/> ISSSTE Instituto del Seguro Social T. Edo. <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"/> SEDESOL <input type="checkbox"/> Instituto Veracruzano de la Defensoría Pública <input type="checkbox"/> Jurídico U.V. <input type="checkbox"/> A.C. ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Unidad Integral de Procuración de Justicia <input type="checkbox"/> Comisión de los Derechos Humanos <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> P. JUDICIAL Centro de Justicia Alternativa <input type="checkbox"/> Juzgados de Primera Instancia y Menores <input type="checkbox"/> STPS Secretaría del Trabajo, Previsión Social y Productividad <input type="checkbox"/> HOSPSIC Hospital Salud Mental <input type="checkbox"/> SEV Secretaría de Educación de Veracruz <input type="checkbox"/> DIF Procuraduría de la Defensa del Menor y el Indígena <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otro(s) Especifique _____				
No. de Oficio/Tarjeta: <input style="width: 100px;" type="text"/>		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  Femenicida  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 Especifique

Domicilio  Colonia o Comunidad  Idioma   
Religión

Teléfono Local  Teléfono Celular  Municipio  C.Postal

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

<b>Salud</b>	<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>
<b>Estrato Social</b> <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>
<b>Conducta del Agresor(a)</b>	<p>¿Consume 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>¿Consume 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>¿Consume 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>
<b>Control Interno</b>	<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](mailto:direccion_ivm@veracruz.gob.mx), [gmontesdeoca@ivermujeres.gob.mx](mailto:gmontesdeoca@ivermujeres.gob.mx) y/u Oficina responsable [sbernabe@ivermujeres.gob.mx](mailto:sbernabe@ivermujeres.gob.mx).