

No. DE CONTROL DE ATENCIÓN: _____

FECHA: _____ HORA DE INGRESO: _____ TIPO DE VIOLENCIA: _____ TIPO DE APOYO: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A): _____ EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NO. TELÉFONO: _____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN: _____

CON QUIEN VIVE: _____

SERVICIO MÉDICO: _____ DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD: _____ ¿CUÁL? _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ INGRESO MENSUAL: _____

QUIENES TE AYUDA: _____ TIPO DE APOYO: _____ NÚMERO DE HIJOS: _____

CUANTAS HIJAS () HIJOS () RECIBE ALGÚN APOYO GUBERNAMENTAL: _____

¿CUÁL? _____ ESTA EMBARAZA SI () NO () _____

NOMBRE DEL AGRESOR(A): _____

PARENTESCO CON EL AGRESOR: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NO. TELÉFONO: _____ ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____

DONDE TRABAJA: _____ ESCOLARIDAD: _____ INGRESO MENSUAL: _____

DIRECCIÓN: _____ NÚMERO DE HIJOS: _____

EDAD DE SUS HIJOS: _____

ASUNTO: _____

CANALIZACIÓN: _____

RESPUESTA: _____

FIRMA DEL USUARIO(A): _____ FIRMA DE LA ASESORIA: _____

FIRMA DEL CITADO (A): _____

¡Hagamos las cosas BIEN!

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

HISTORIA CLINICA ADULTO

DATOS DE CONTROL

Motivo de atención: _____ origen: _____ Núm. De expediente: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de alta: _____ Fecha de Baja: _____

GENERALES:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Escolaridad: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

Religión: _____ sexo: _____ Pasatiempos: _____

Apariencia, porte o actitud. _____

GRUPO FAMILIAR:

Vive con: _____

Personas con quien convive

Nombre _____ parentesco _____ relación: _____

Nombre _____ parentesco _____ relación: _____

Nombre _____ parentesco _____ relación: _____

Nombre _____ parentesco _____ relación: _____

Nombre _____ parentesco _____ relación: _____

Motivo de consulta: _____

Historia de la problemática: _____

Objetivo del tratamiento: _____

¡Hagamos las cosas BIEN!



GOBIERNO MUNICIPAL 2016-2020
TUXPAN
(Juntos las cosas bien)

INSTITUTO MUNICIPAL DE LA MUJER



ANTECEDENTES

Desarrollo de la Infancia: _____

Salud y/o accidentes: _____

Área familiar: _____

Área social: _____

Área escolar: _____

Área laboral/profesional: _____

Área sexual: _____

¡Hagamos las cosas BIEN!

Av. Juárez #20, Zona Centro, 92800 | Tuxpan de Rodríguez Cano, Veracruz.



Mes que reporta	Folio Libro IVM	Tipo de cédula <input type="radio"/> Violencia <input type="radio"/> No violencia
-----------------	-----------------	--

Cédula de atención - BANAVIM
IVM 2026 (Versión 9)

Registro de la víctima

Folio EUV		
Tipo de asesoría	<input type="radio"/> Psicológica	<input type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/> Trabajo Social
Trabajadora Social (Nombre completo)	Abogada (Nombre completo)	Psicóloga (Nombre completo)

¿La víctima ha sido previamente atendida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tipo de atención <input type="radio"/> Psicológica <input type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/> Trabajo social
Especifique <input type="radio"/> FGE - Fiscalía General del Estado <input type="radio"/> SSP - Secretaría de Seguridad Pública <input type="radio"/> DIF Estatal - Desarrollo Integral de la Familia <input type="radio"/> CEDH - Comisión Estatal de los Derechos Humanos <input type="radio"/> Otro: _____	
<input type="radio"/> CEJUM- Centro de Justicia para Mujeres <input type="radio"/> CEEAIV - Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas <input type="radio"/> INMs - Instituto Municipales de las Mujeres <input type="radio"/> IVM - Instituto Veracruzano de las Mujeres	
Tipo de seguimiento que requiere la víctima <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Jurídico <input type="radio"/> Trabajo social <input type="radio"/> Promotora	Representación o defensoría legal <input type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/> PAIBIM <input type="radio"/> CONAVIM

Datos generales de identificación de la víctima

*CURP	*Nombre(s)	*Primer apellido	Segundo apellido	
*Sexo <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M <input type="radio"/> No binario	*Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /	¿Es extranjera? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	*País	*Estado

Tutor/ tutora **En caso de ser menor de edad y/o tener un tutor/tutora, llenar este campo

*Nombre(s)	*Primer apellido	Segundo apellido		
*Sexo <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M <input type="radio"/> No binario	*Parentesco con la víctima <input type="radio"/> Curador <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Tutor/tutora <input type="radio"/> Otro: _____	*Edad		

Motivo

*Relato de los hechos (Narrar describiendo el modo, tiempo y lugar)

Todos los campos marcados con * son obligatorios para su llenado



***Lugar de los hechos**

Espacio particular

☐ Casa habitación

☐ Empresa

☐ Negocio

Espacio público

☐ Aeropuerto

☐ Central de autobuses

☐ Centro comercial

☐ Centro comunitario

☐ Centro cultural

☐ Explanada

☐ Jardín o parque

☐ Escuela/Colegio

☐ Centro recreativo

☐ Centro deportivo

☐ Mercado

☐ Institución gubernamental

☐ Templo religioso

☐ Estacionamiento

☐ Otro _____

Transporte foráneo

☐ Autobús

☐ Avión

☐ Barco

☐ Ferrocarril

☐ Lancha

☐ Tren suburbano

☐ Otro _____

Transporte privado

☐ Particular

☐ Empresa

☐ Otro _____

Transporte urbano

☐ Autobús

☐ Metro

☐ Metrobús

☐ Microbús

☐ Taxi

☐ Trolebús

☐ Turibús

☐ Otro _____

Espacio digital

☐ Redes Sociales

☐ Medios de información

☐ Plataformas de internet

☐ Juegos en línea

☐ Uso de tecnologías de comunicación

***¿El hecho de violencia ocurrió en domicilio de la víctima?**

☐ Sí

☐ No

***¿El hecho de violencia ocurrió en el extranjero?**

☐ Sí

☐ No

Todos los campos marcados con * son obligatorios para su llenado



Domicilio de los hechos

*Código postal	*Colonia	*Estado	*Municipio/Aldía
*Localidad/Pueblo/Barrio	*Calle/Camino/Carretera	*No. exterior/Kilómetro	No. interior
*Fecha del incidente <small>Aproximada (dd/mm/aaaa)</small> / /	*Hora del incidente <small>Aproximada</small>	*¿Es día festivo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	*¿Conoce alguna autoridad de este asunto? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí

Clasificación de la violencia

*Tipo de violencia <input type="radio"/> Digital/Cibernética <input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Feminicida <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> Patrimonial <input type="radio"/> Psicológica <input type="radio"/> Sexual <input type="radio"/> Vicia	*Ámbito de la violencia <input type="radio"/> En la comunidad <input type="radio"/> Escolar/Docente <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Institucional <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Obstétrica <input type="radio"/> Política	
*¿Es víctima de la delincuencia organizada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	*¿El hecho de violencia esta relacionado con una denuncia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	*¿El hecho de violencia se encuentra relacionado con su orientación sexual o identidad de género? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Efectos de la violencia

Efectos físicos <input type="radio"/> Contusión/Hematoma <input type="radio"/> Muerte <input type="radio"/> Aborto <input type="radio"/> Luxación/Esguince <input type="radio"/> Dolor de cabeza <input type="radio"/> Amputación/Avulsión <input type="radio"/> Herida <input type="radio"/> Cicatrices <input type="radio"/> Quemadura/Corrosión <input type="radio"/> Congelamiento <input type="radio"/> Laceración/Abrasión <input type="radio"/> Fractura <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Otro _____			
Consecuencias sexuales <input type="radio"/> Ardor vaginal <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Desgarre <input type="radio"/> Lesión anal <input type="radio"/> Lesión bucal <input type="radio"/> Sangrado <input type="radio"/> Infección de transmisión sexual <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> Lesión vaginal			
Efectos psicológicos <input type="radio"/> Trastorno del sueño <input type="radio"/> Depresión <input type="radio"/> Estrés postraumático <input type="radio"/> Prácticas sexuales de riesgo <input type="radio"/> Trastornos psiquiátricos <input type="radio"/> Tabaquismo <input type="radio"/> Ideación suicida <input type="radio"/> Trastorno del comportamiento <input type="radio"/> Trastornos de alimentación <input type="radio"/> Encopresis <input type="radio"/> Abuso de alcohol <input type="radio"/> Abuso de sustancias <input type="radio"/> Pérdida o aumento del apetito <input type="radio"/> Enuresis <input type="radio"/> Trastornos de ansiedad <input type="radio"/> Problemas nerviosos <input type="radio"/> Tristeza o aflicción <input type="radio"/> Angustia o miedo <input type="radio"/> Intento suicida <input type="radio"/> Deficiencias de la atención <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> Ninguno			
Efectos económicos y patrimoniales <input type="radio"/> Dejo de estudiar <input type="radio"/> Perdió el empleo <input type="radio"/> No recibe pensión alimenticia <input type="radio"/> No recibe gasto <input type="radio"/> Imposibilidad para trabajar y/o estudiar <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Perdió propiedades por menoscabo en su patrimonio personal o familiar			
Agente de lesión <input type="radio"/> Arma de fuego <input type="radio"/> Parte del cuerpo <input type="radio"/> Arma punzocortante <input type="radio"/> Arma contundente <input type="radio"/> Golpes <input type="radio"/> Quemaduras <input type="radio"/> Otro _____			
Área anatómica lesionada <input type="radio"/> Cabeza <input type="radio"/> Región genital <input type="radio"/> Abdomen <input type="radio"/> Pelvis <input type="radio"/> Región ocular <input type="radio"/> Cara <input type="radio"/> Extremidades inferiores <input type="radio"/> Glúteos <input type="radio"/> Región anal <input type="radio"/> Tórax <input type="radio"/> Cuello <input type="radio"/> Senos <input type="radio"/> Manos <input type="radio"/> Región bucal <input type="radio"/> Columna vertebral <input type="radio"/> Pies <input type="radio"/> Extremidades superiores <input type="radio"/> Espalda <input type="radio"/> Otro _____			

Todos los campos marcados con * son obligatorios para su llenado



Datos generales de la víctima

*Edad	*Teléfono	Correo electrónico			
Orientación sexual					
<input type="radio"/> Asexual	<input type="radio"/> Bisexual	<input type="radio"/> Gay u homosexual	<input type="radio"/> Heterosexual	<input type="radio"/> Lesbiana	
*Identidad de género					
<input type="radio"/> Cisgénero	<input type="radio"/> Persona no binaria	<input type="radio"/> Transexual	<input type="radio"/> Transgénero	<input type="radio"/> Travesti	

Dirección actual

*¿Vive en el extranjero? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	*Código postal	*Colonia	*Estado	*Municipio	
*Localidad	*Calle	No. exterior		No. interior	
Otra referencia para ubicar el domicilio			Entre calles		
Estado civil					
<input type="radio"/> Casada	<input type="radio"/> Concubinato	<input type="radio"/> Soltera	<input type="radio"/> Viuda	<input type="radio"/> Unión libre	<input type="radio"/> Divorciada
<input type="radio"/> Separada	<input type="radio"/> Sociedad de convivencia	<input type="radio"/> No identificada			
*Último grado de estudios					
<input type="radio"/> Preescolar	<input type="radio"/> Preparatoria	<input type="radio"/> Doctorado	<input type="radio"/> Carrera técnica comercial		
<input type="radio"/> Primaria	<input type="radio"/> Licenciatura	<input type="radio"/> Posgrado	<input type="radio"/> Estudios que no requieren validez oficial		
<input type="radio"/> Secundaria	<input type="radio"/> Maestría	<input type="radio"/> Ninguna	<input type="radio"/> No identificado		
Ingresos promedio al mes	Principal actividad		¿La mujer realiza más de una actividad? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
*Servicio médico con el que cuenta					
<input type="radio"/> Secretaría de Salud del Estado	<input type="radio"/> IMSS	<input type="radio"/> Seguro privado	<input type="radio"/> SEDENA	<input type="radio"/> Ninguno	
<input type="radio"/> IMSS Bienestar	<input type="radio"/> ISSSTE	<input type="radio"/> PEMEX	<input type="radio"/> SECMAR	<input type="radio"/> Otro _____	
Numero de seguridad social					

Datos complementarios

*¿Es migrante? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	*¿Pertenece a un pueblo indígena? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	*Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿La persona víctima se considera afromexicano(a), negro(a) o afrodescendiente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce			
*¿Presenta alguna discapacidad? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		Tipo de discapacidad			
*¿La discapacidad es causa de la violencia recibida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Motora/Física			
		<input type="radio"/> Sensorial/Auditiva/Visual			
		<input type="radio"/> Intelectual			
		<input type="radio"/> Múltiple			
		<input type="radio"/> Otra _____			
*¿Presenta alguna enfermedad? <small>Debe enfocarse en enfermedades crónicas degenerativas.</small> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		*¿Presenta algún trastorno neurológico y de salud mental diagnosticado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
*¿Se encuentra en algún tipo de tratamiento médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		*¿Se encuentra embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Semanas de gestación	
*¿Tiene hijas, hijos y/o personas dependientes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Vínculo	¿Está en riesgo?

Todos los campos marcados con * son obligatorios para su llenado



*¿Cuenta con una red de apoyo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Vínculo
*¿Tiene alguna adicción? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (puede marcar varias)		*¿Se encuentra en situación de calle? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Adicciones de conducta			
<input type="radio"/> Juego		<input type="radio"/> Sexo	
<input type="radio"/> Internet		<input type="radio"/> Sectas	
<input type="radio"/> Relaciones (codependencia)		<input type="radio"/> Trabajo	
		<input type="radio"/> Religión	
Adicciones de ingestión (química)			
<input type="radio"/> Alcohol		<input type="radio"/> Nicotina	
<input type="radio"/> Marihuana		<input type="radio"/> Opio	
<input type="radio"/> Anfetaminas		<input type="radio"/> Éxtasis	
		<input type="radio"/> Cocaína	
		<input type="radio"/> Sedantes e hipnóticos	
		<input type="radio"/> Heroína	
Adicciones de ingestión (comida)			
<input type="radio"/> Anorexia		<input type="radio"/> Bulimia	
		<input type="radio"/> Comedor compulsivo	

Datos de la persona agresora			
*¿Conoces a la persona señalada como agresora?		*Vínculo con la persona agresora	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Edad
			Sexo <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M
			<input type="radio"/> No binario
Identidad de Género			
<input type="radio"/> Cisgénero <input type="radio"/> Persona no binaria <input type="radio"/> Transexual <input type="radio"/> Transgénero <input type="radio"/> Travesti			
Orientación sexual			
<input type="radio"/> Asexual <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Gay u homosexual <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Lesbiana			
*¿Vive en el mismo domicilio que la víctima?		*¿Vive en el extranjero? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

Domicilio de la persona agresora			
*Código postal	*Colonia	*Estado	*Municipio
*Localidad	*Calle	No. exterior	No. interior
Otra referencia para ubicar el domicilio		Entre calle	
Último grado de estudios			
<input type="radio"/> Preescolar		<input type="radio"/> Preparatoria	
<input type="radio"/> Primaria		<input type="radio"/> Licenciatura	
<input type="radio"/> Secundaria		<input type="radio"/> Maestría	
		<input type="radio"/> Doctorado	
		<input type="radio"/> Posgrado	
		<input type="radio"/> Ninguna	
		<input type="radio"/> Carrera técnica comercial	
		<input type="radio"/> Estudios que no requieren validez oficial	
		<input type="radio"/> No identificado	

Todos los campos marcados con * son obligatorios para su llenado



Ingresos promedio al mes	Ocupación	*¿Tiene acceso a armas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Tipo de arma <input type="radio"/> Arma de fuego corta <input type="radio"/> Chacos <input type="radio"/> Machete <input type="radio"/> Ctra arma blanca <input type="radio"/> Arma de fuego larga <input type="radio"/> Macanas <input type="radio"/> Proyectoil <input type="radio"/> Ctra arma de fuego <input type="radio"/> Objeto punzo cortante			
*¿Consume algún tipo de droga? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Cuál? <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Anfetaminas <input type="radio"/> Cocaína <input type="radio"/> Éxtasis <input type="radio"/> Heroína <input type="radio"/> Inhalables <input type="radio"/> Marihuana <input type="radio"/> Nicotina <input type="radio"/> Opiáceos <input type="radio"/> Sedantes e hipnóticos <input type="radio"/> Solventes			

Control interno	
*¿Cómo se enteró de los servicios? <input type="radio"/> Redes sociales <input type="radio"/> Medios impresos <input type="radio"/> Radio <input type="radio"/> Por recomendación <input type="radio"/> Perifoneo <input type="radio"/> Televisión <input type="radio"/> Instituto	
¿El caso requiere de medida u orden de protección? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿La víctima solicita la medida u orden de protección? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿El caso está relacionado con delitos de fuero federal? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Se le informa a la víctima la medida u orden de protección? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p>Firma o huella de la víctima</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p>Nombre y firma de captura y resguardo</p>

<p align="center">AVISO SIMPLIFICADO DE PRIVACIDAD</p> <p>DECLARATIVA DE PRIVACIDAD</p> <p>Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el "Sistema de Datos Personales de Atención Multidisciplinaria a Mujeres y Niñas en Situación de Violencia de Género", el cual tiene su fundamento en los artículos 68, 69 y 72 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, y en los artículos 14, 16, 28 y 39 de la Ley 316 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados en el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, cuya finalidad es identificar qué tipo o tipos de servicio requiere y derivarla con la o las asesoras que correspondan; canalizarla, de ser necesario, a la instancia competente para atención, seguimiento y representación legal en caso de ser necesario; sistematizar la información para generar diagnósticos, indicadores y estadísticas cualitativas y cuantitativas sobre la violencia contra las mujeres y niñas y; coadyuvar en el diseño e implementación de políticas públicas que permitan prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y las niñas. Se le informa que sus datos serán tratados exclusivamente para la finalidad antes descrita, asimismo se resguardarán con las medidas de seguridad de nivel alto y no podrán ser difundidos o transmitidos salvo las excepciones previstas en el artículo 93 de la Ley antes mencionada y en el Aviso de Privacidad correspondiente. La Unidad Administrativa Responsable del Sistema de Datos Personales será la Subdirección de Promoción de la Igualdad, por lo que la persona titular de los datos antes mencionada tiene la obligación de responder a las preguntas que le sean planteadas por el titular de los datos personales. La persona interesada podrá dirigirse, para recibir asesoría sobre los derechos que tutela la Ley en la materia de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), así como la revocación del consentimiento en la Unidad de Transparencia del Instituto Veracruzano de las Mujeres ubicado en Calle José María Mata No. 2, tercer piso, Colonia Centro, Xalapa, Ver., C.P. 91000, a través de correo electrónico: ivmtransparencia@gmail.com, a los teléfonos (228) 817 10 09, y 817 07 89 ext. 1206.</p> <p>Para más información sobre la protección de datos personales y conocer el Aviso de Privacidad Integral visite la página http://www.ivmujeres.gob.mx/.</p>
--