



# INSTITUTO MUNICIPAL DE LAS MUJERES



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: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Número de Hijos: \_\_\_\_\_ Edad de sus Hijos: \_\_\_\_\_ Padecimiento o Enfermedad: \_\_\_\_\_

Recibe algún apoyo gubernamental: \_\_\_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_

Nombre del agresor(a): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ / No. Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Número de Hijos: \_\_\_\_\_ Edad de sus Hijos: \_\_\_\_\_ Padecimiento o Enfermedad: \_\_\_\_\_

Recibe algún apoyo gubernamental: \_\_\_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_

Asunto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Canalización: \_\_\_\_\_

Respuesta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESTINO DE ASESORÍA

FIRMA O HUELLA DE LA INTERESADA(O)



# INSTITUTO MUNICIPAL DE LAS MUJERES



|           |        |                           |         |
|-----------|--------|---------------------------|---------|
| SEÑOR (A) |        | CITATORIO                 | PRIMERO |
| CALLE     |        | LOCALIDAD                 | TUXPAN  |
| COLONIA   |        | FECHA                     | //22    |
| MUNICIPIO | TUXPAN | Número de control interno | 000     |

Con fundamento en los artículos 4 y 8 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos me permito solicitar a Usted su presencia en estas oficinas, ubicadas en Calle Constitución No. 14 Colonia la Rivera en la Ciudad y Puerto de Tuxpan de Rodríguez Cano, el día 07 de MARZO del año 2022 a las 11:00 (ONCE TREINTA HORAS), con la finalidad de resolver un problema jurídico familiar. De no presentarse se procederá a tramitar ante las autoridades judiciales y administrativas competentes lo que a derecho corresponda.

|                   |   |  |
|-------------------|---|--|
|                   | <b>LIC. ISABEL CORNEJO MORALES<br/>COORDINADORA JURÍDICA DEL INSTITUTO<br/>MUNICIPAL DE LAS MUJERES</b> | Calle Constitución No. 14 Esquina Abasolo Colonia la Rivera, Tuxpan de Rodríguez Cano, Estado de Veracruz. |
| IMMTUXPAN         |   |  |
| ATENCIÓN JURÍDICO |   |  |



# INSTITUTO MUNICIPAL DE LAS MUJERES



|           |        |                           |         |
|-----------|--------|---------------------------|---------|
| SEÑOR (A) |        | CITATORIO                 | PRIMERO |
| CALLE     |        | LOCALIDAD                 | TUXPAN  |
| COLONIA   |        | FECHA                     | //22    |
| MUNICIPIO | TUXPAN | Número de control interno | 000     |

Con fundamento en los artículos 1, 4, 8, 115 y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos me permito solicitar a Usted su presencia en estas oficinas, ubicadas Calle Abasolo No. 14 Colonia la Rivera en la Ciudad y Puerto de Tuxpan de Rodríguez Cano, el día 07 de MARZO del año 2022 a las 11:00 (ONCE HORAS), con la finalidad de resolver un problema jurídico familiar. De no presentarse se procederá a tramitar ante las autoridades judiciales y administrativas competentes lo que a derecho corresponda.

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
|                   | <b>LIC. ISABEL CORNEJO MORALES<br/>COORDINADORA JURÍDICA DEL INSTITUTO<br/>MUNICIPAL DE LAS MUJERES</b> | Calle Constitución No. 14 Esquina Abasolo Colonia la Rivera, Tuxpan de Rodríguez Cano, Estado de Veracruz.<br>Tel: 7838352139 |
| IMMTUXPAN         |   |   |
| ATENCIÓN JURÍDICO |   |   |

**FORMATO DE ESTUDIO SOCIOECONOMICO**

FECHA: \_\_\_\_\_ MOTIVO DEL ESTUDIO: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 SEXO:  M  O  H GÉNERO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 AÑOS DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD**

PRIMARIA  T  NT SECUNDARIA  T  NT EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR  T  NT EDUCACIÓN SUPERIOR  T  NT OTRO: \_\_\_\_\_

**COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA**

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | ESTADO CIVIL | OCUPACIÓN | ESCOLARIDAD | ASISTE A LA ESCUELA |
|--------|------|------------|--------------|-----------|-------------|---------------------|
|        |      |            |              |           |             |                     |
|        |      |            |              |           |             |                     |
|        |      |            |              |           |             |                     |
|        |      |            |              |           |             |                     |
|        |      |            |              |           |             |                     |

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN ECONÓMICA**

| INGRESO MENSUAL |  | EGRESOS MENSUAL |                 |         |  |
|-----------------|--|-----------------|-----------------|---------|--|
| PADRE           |  | ALIMENTACIÓN    | SERVICIO MÉDICO | CELULAR |  |
| MADRE           |  | PREDIAL         | MEDICAMENTOS    | AGUA    |  |
| HERMANOS        |  | EDUCACIÓN       | LUZ             | GAS     |  |
| ESPOSO(A)       |  | PASAJES         | GASOLINA        | GAS     |  |
| HIJOS(AS)       |  | RENTA           | ROPA Y CALZADO  | COMIDA  |  |
| OTROS           |  | DEUDAS          | TELÉFONO        | OTROS   |  |

**SERVICIO DE SALUD**

| TIPO DE SERVICIO DE SALUD QUE RECIBE O ES BENEFICIARIO |                        |                        |                        |                        |                        |            |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| SEGURO POPULAR   | IMSS                   | ISSSTE                 | ISSEMYM                | PEMEX                  | DEFENSA                | PARTICULAR |
| TITULAR O BENEFICIARIO                                 | TITULAR O BENEFICIARIO | TITULAR O BENEFICIARIO | TITULAR O BENEFICIARIO | TITULAR O BENEFICIARIO | TITULAR O BENEFICIARIO |            |

OTROS (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_

**VIVIENDA**

| CALIDAD Y ESPACIOS DE LA VIVIENDA |         |          |                        |                  |                  |                       |                  |                 |
|-----------------------------------|---------|----------|------------------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------|
| MATERIAL DE LOS PISOS             |         |          | MATERIAL DE LOS TECHOS |                  |                  | MATERIAL DE LOS MUROS |                  |                 |
| TIERRA                            | CEMENTO | LAMINADO | MATERIAL DE DESECHO    | LÁMINA DE CARTÓN | LÁMINA METÁLICA  | MATERIAL DE DESECHO   | LÁMINA DE CARTÓN | LÁMINA METÁLICA |
| MOSAICO                           | LOSETAS | OTROS    | LÁMINA DE ASBETO       | PALMA O PAJA     | LOSA DE CONCRETO | BAMBÚ                 | BAJAREQUE        | MADERA          |
| ESPECIFICAR                       |         |          | TEJA                   | VIGA             | MADERA           | ADOBE                 | TABIQUE          |                 |

NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN EN LA VIVIENDA: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE HABITACIONES DE LA VIVIENDA: \_\_\_\_\_

| VIVIENDA                       |  |                   |                            |                  |
|--------------------------------|--|-------------------|----------------------------|------------------|
| SERVICIO BÁSICO DE LA VIVIENDA |  |                   |                            |                  |
| AGUA                           | DRENAJE  | ELECTRICIDAD      | COMBUSTIBLE PARA COCINAR   | TIPO DE VIVIENDA |
| POZO                           | NO TIENE   | NO TIENE          | LEÑA O CARBÓN SIN CHIMENEA | PROPIA           |
| PIPA                           | CONECTADO A UNA TUBERÍA QUE VA A UN RÍO                | PANEL SOLAR       | LEÑA O CARBÓN CON CHIMENEA | RENTADA          |
| AGUA ENTUBADA EN OTRA VIVIENDA | CONECTADA A UNA TUBERÍA QUE VA A DAR A UNA BARRANCA    | PLANTA PARTICULAR | TANQUE DE GAS              | PRESTADA         |
| LLAVE PÚBLICA                  | CONECTADA A UNA TUBERÍA QUE VA A UNA FOSA SÉPTICA      | SERVICIO PÚBLICO  | GAS NATURAL                | FAMILIAR         |
| ENTUBADA FUERA DE LA VIVIENDA  | CONECTADA A UNA TUBERÍA QUE VA A DAR A UNA RED PÚBLICA |                   | ELECTRICIDAD               | OTROS            |

| ALIMENTACIÓN   |    |    |  |  |  |
|--|----|----|--|--|--|
| ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO ALGÚN ADULTO EN EL HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN MUY POCAS VARIEDADES DE ALIMENTOS?           | SI | NO | ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGÚN MENOR COMIÓ MENOS DE LO QUE DEBÍA DE COMER?                                |  |  |
| ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS SE QUEDARON SIN COMIDA EN EL HOGAR?  | SI | NO | ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGÚN MENOR EN EL HOGAR SE ACOSTÓ CON HAMBRE?                                    |  |  |
| ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGÚN MENOR EN EL HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN MUY POCAS VARIEDADES DE ALIMENTOS? | SI | NO | ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGÚN ADULTO EN EL HOGAR COMIÓ MENOS DE LO QUE DEBÍA DE COMER?                   |  |  |
| ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS, ALGÚN MENOR EN EL HOGAR SENTIÓ HAMBRE PERO NO COMIÓ?                                      | SI | NO | EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS, ¿ALGUNA PERSONA DEL HOGAR SOLO COMIÓ UNA VEZ AL DÍA O DEJÓ DE COMER TODO EL DÍA? |  |  |
| ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGÚN ADULTO DEJÓ DE DESAYUNAR, COMER O CENAR?   | SI | NO | EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS SE TUVO QUE DISMINUIR LA CANTIDAD SERVIDA EN LAS COMIDAS A ALGÚN MENOR?           |  |  |
| ¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGUNA PERSONA EN EL HOGAR SENTIÓ HAMBRE PERO NO COMIÓ?                                    | SI | NO | EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGÚN MENOR EN EL HOGAR SÓLO COMIÓ UNA VEZ AL DÍA O DEJÓ DE COMER TODO EL DÍA?    |  |  |

**OBSERVACIONES**

**DIAGNÓSTICO DEL TRABAJADOR SOCIAL**

|                                      |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|
|                                      |                                |
| NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL | NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE |

No. De Control de Atención: \_\_\_\_\_

Asunto: Canalización

Lic. \_\_\_\_\_, Psicóloga Del  
Instituto Municipal de las Mujeres.

Con fundamento en los artículos 4 y 8 de la Constitución Política de los Estados  
Unidos Mexicanos, me permito presentar a usted, así como canalizar a la C.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, y con  
domicilio \_\_\_\_\_ para su  
localización \_\_\_\_\_ en:

\_\_\_\_\_, con el

objetivo de que, a través de la Dirección a su digno cargo, se le brinde atención  
temprana. Esperando conocer la solución que se le dé al presente asunto y sin otro  
particular, aprovecho la ocasión para reiterarle las seguridades de mi más alta  
consideración.

Tuxpan, Veracruz \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
Lic. Gabriela Arango Gibb

Director General del Instituto Municipal de las Mujeres

Instituto Veracruzano de las Mujeres

Mes que reporta

Folio Libro

IVM 2017

**CÉDULA DE ATENCIÓN EN MÓDULO/VENTANILLA**

Cédula

Fecha de Atención  Hora de Ingreso  Hora Asesora 1  Hora Asesora 2  Hora de Salida

Folio CAE's y/o refugio  Folio Víctima  Folio Evento  Fecha del último incidente

Tipo de Atención:  Presencial  Telefónica Tipo de Asesoría:  Psicológica  Jurídica  Trabajo Social  Promotora

Demanda o situación desencadenante

Datos Generales

Datos de la Usuaría

Nombre:  Apellidos:

Edad  Fecha Nacimiento  Lugar de Nacimiento

Situación de pareja o estado civil:  Soltera  Divorciada  Casada  Concubinato  Unión Libre  Viuda  Separada

Relación con la persona agresora:  Pareja  Novio(a)  Desconocido  Conocido  Familiar  Parentesco

¿ Ha vivido violencia con su última pareja?:  SI  NO

Domicilio  Colonia  C. Postal

Teléfono Local  Teléfono Celular  Municipio  Comunidad

Datos de los Hijos e Hijas

No. de Hijos(as):

| Nombre:              | Escolaridad:         | Edad:                | ¿Con quién vive?:    | Recibio servicio:                                       |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|
| <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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Personas allegadas

| Nombre:              | Edad:                | Vínculo o parentesco: | Recibio servicio:                                       |
|----------------------|----------------------|-----------------------|---|
| <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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Estrato Social

Ocupación  Labores no regladas  Estudiante  Empleada  Comerciante  Campesina  Otro

Tipo de Percepción  Comisión  Salario  Beca  otro  Ingreso Mensual   Honorarios

¿Con quién vive?  ¿Cuenta con alguna red de apoyo?  ¿Religión?  Idioma

¿Cuenta con algún programa social?:  SI  NO ¿Cuál?:

COPIA NO VALIDA

**Nivel de Estudios**

- Analfabeta  Primaria  Secundaria  Bachillerato  Técnica  
 Licenciatura  Posgrado  Maestría  Doctorado

**Estatus de estudios**

- Terminado  Inconcluso

¿Consume 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

¿Consume 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

\_\_\_\_\_

**Sintomatología Emocional**

- Baja Autoestima  Dependencia Emocional  Persecución  Bloqueo cognitivo  
 Ansiedad  Afectación Emocional  Sumisión  Descontrol  
 Estrés  Miedo  Falta de habilidades sociales  Inseguridad  
 Depresión  Transtornos de alimentación  Somatizaciones  Agotamiento psíquico  
 Transtornos del sueño  Sentimientos de Indefensión  Perplejida  Sentimientos de culpa

**Sintomatología Física**

- Cefalea  Mareo  Dificultades respiratorias  
 Dolor crónico en general  Molestias gastrointestinales  
 Cervicalgia  Molestias pélvicas

**Creencias**

- Justificación de agresiones  Resignación  
 Creencia real de lo que dice el otro  Fatalismo  
 Creencias tradicionales roles de género  Voluntad poco firme de superación

**Factores Psicosociales**

- Hijos  No tiene un lugar donde vivir  Intentos de suicidio  
 Su propia familia no la apoya  Reviolación  Tratamiento Psiquiátrico  
 No trabaja  Otros \_\_\_\_\_

**Relación de Pareja**

- Roles de pareja desiguales  Ciclo de violencia  
 Ambivalencia afectiva en el agresor  Tiempo de convivencia  
 Falta de libertad  Agresiones previas a la denuncia  
 Autonomía  Adaptación Psicológica

**Relaciones Sociales**

- Aislamiento  Desadaptación laboral  
 Desadaptación social  Circulo relacional

**Tratamientos**

- Tratamiento/ Ayuda profesional

**Relato**

- Credibilidad del relato  Discurso sobre la relación de la pareja  
 Coherente  Resistencia a evocar recuerdos negativos  
 Con afectación emocional  Riqueza de detalles  
 Con lagunas

Salud

Herramientas Psicológicas

Indicadores y Relevancia Atribuída

COPYRIGHT NO

Valoración

Proceso de evaluación u observaciones

Empty text box for evaluation or observations.

Tipo de demanda en la que encuadra su problemática

- Penal  Civil  Laboral  Mercantil  Otro

Especifique

Empty text box for specifying details.

Relato de los hechos

Empty text box for the account of facts.

Situación legal en la que se encuentra su problemática

Empty text box for legal situation.

Procedimiento legal

Empty text box for legal procedure.

Valoración

Alcances resultados

Empty text box for scope and results.

COPIA NO VALIDA



**Herramientas Sociales**  
**Relevancia Atribuida**

Situación de trabajo social en la que encuadra su problemática

**Herramientas Sociales**  
**Relevancia Atribuida**

Tipo de Gestión

Procedimiento

**Canalizaciones**  
**Dependencias Gubernamentales y Privadas**

Instituciones

CAPASITS - Centro Ambulatorio SSA  
 DIF  Estatal  Municipal  
 H.Aytto Especifique \_\_\_\_\_  
 IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social  
 IMM Instituto Municipal de las Mujeres  
 SSA Hospitales Regionales/Módulos de Violencia  
 ISSSTE Instituto del Seguro Social T. Edo.  
 Fiscalía Coordinadora Especializada en Investigación de delitos contra la familia, mujeres, niños y niñas y de trata de personas  
 SEDESOL  Estatal  Municipal  
 Instituto Veracruzano de la Defensoría Pública  
 Jurídico U.V.  
 A.C. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Unidad Integral de Procuración de Justicia  
 Comisión de los Derechos Humanos  Estatal  Municipal  
 P. JUDICIAL Centro de Justicia Alternativa  
 Juzgado de Primera Instancia y Menores  
 STPS Secretaría del Trabajo, Previsión Social y Productividad  
 HOSPSIC Hospital Salud Mental  
 SEV Secretaría de Educación de Veracruz  
 DIF Procuraduría de la Defensa del Menor y el Indígena

Otro(s) Especifique \_\_\_\_\_

No. de Oficio/Tarifa: \_\_\_\_\_ Fecha de Expedición: \_\_\_\_\_

Observaciones de la Canalización

COPIA NO VALIDADA

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 la 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 arma 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     Institucional     Escolar     De Género

Laboral     Comunitaria     Femicida     Política

Lugar donde fue la violencia

Hogar     Trabajo     Vía Pública     Escuela     Otro   

¿Sufrió alguna lesión?    ¿Dónde?    ¿Ha requerido hospitalización?

NO     SI     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?    ¿Cuál?    Lugar de Nacimiento

NO     SI

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

**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 [direccionivm@veracruz.gob.mx](mailto:direccionivm@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).