



INSTITUTO DE LAS MUJERES TUXPAN



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: _____ Cual? _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Ingreso Mensual: _____

Quienes te ayuda: _____ Tipo de Apoyo: _____ Número de Hijos: _____

Cuántas 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 USUARIA(O)

FIRMA DE LA ASESORIA: _____

FIRMA DEL CITADO (A)