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.

	LIC. ISABEL CORNEJO MORALES **COORDINADOR JURÍDICA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE LAS MUJERES**	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.

	LIC. ISABEL CORNEJO MORALES **COORDINARDORA JURÍDICA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE LAS MUJERES**	Calle Constitución No. 14 Esquina Abasolo Colonia la Rivera, Tuxpan de Rodríguez Cano, Estado de Veracruz. Tel: 7838352139
IMMTUXPAN		
ATENCIÓN JURÍDICO		

FORMATO DE ESTUDIO SOCIOECONOMICO

FECHA: _____MOTIVO DEL ESTUDIO: _____

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____
SEXO: O **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 O T O NT SECUNDARIA O T O NT EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR O T O NT EDUCACIÓN SUPERIOR O T O 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 YESPACIOS 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	LOSETA	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 TUBERIA 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 TRESMESES POR FALTA DE DINERO ALGÚN ADULTO EN EL HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN MUY POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?	SI	NO	¿EN LOS ULTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGUN MENOR COMIO 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 ACOSTO CON HAMBRE?		
¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGÚN MENOR EN EL HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN MUY POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?	SI	NO	¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGÚN ADULTO EN EL HOGAR COMÍO MENOS DE LO QUE DEBÍA DE COMER?		
¿EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS, ALGÚN MENOR EN EL HOGAR SINTIO HAMBRE PERO NO COMÍO?	SI	NO	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS, ALGUNA PERSONA DEL HOGAR SOLO COMÍO 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 SINTIO HAMBRE PERO NO COMIO'	SI	NO	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ALGÚN MENOR EN EL HOGAR SÓLO COMÍO UNA VEZ AL DIA 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

SEDESOL Secretaría de Desarrollo Social | Indesol | SEGOB Estado de Veracruz | IVM Instituto Veracruzano 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 Usuaria

Nombre: | Apellidos:

Edad | Fecha Nacimiento | Lugar de Nacimiento

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

Especifique

Relación con la persona agresora: ☐ Pareja ☐ Novio(a) ☐ Desconocido ☐ Conocido | Especifique | ☐ 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:
				☐ SI ☐ NO
				☐ SI ☐ NO
				☐ SI ☐ NO

Personas allegadas

Nombre:	Edad:	Vínculo o parentesco:	Recibio servicio:
			☐ NO
			☐ SI ☐ NO
			☐ SI ☐ NO

Estrato Social

Ocupación

☐ Labores del hogar ☐ Estudiante ☐ Empleada ☐ Comerciante

☐ Campesina ☐ Otro

Tipo de Percepción

☐ Comisión ☐ Salario ☐ Beca ☐ otro

☐ Honorarios | Ingreso Mensual

¿Con quién vive?

¿Cuenta con alguna red de apoyo?

¿Religión?

Idioma

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

SEDESOL Secretaría de Desarrollo Social | Indesol Instituto Nacional de Desarrollo Social | SEGOB Estado de Veracruz | IVM Instituto Veracruzano de las Mujeres

Salud

Nivel de Estudios

☐ Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Técnica
☐ Licenciatura ☐ Posgrado ☐ Maestria ☐ Doctorado

Estatus de estudios

☐ Terminado ☐ Inconcluso

¿Consume bebidas alcohólicas? ☐ NO ☐ SI

¿Consume Estupefacientes? ☐ 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

¿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 _____

Herramientas Psicológicas

Indicadores y Relevancia Atribuida

Síntomatología Emocional

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

Sintomatología Física

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

Creencias

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

Factores Psicosociales

☐ Hijos
☐ Su propia familia no la apoya
☐ No trabaja
☐ No tiene un lugar donde vivir
☐ Revictimización
☐ Intentos de suicidio
☐ Tratamiento Psiquiátrico

Otros _____

Relación de Pareja

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

Relaciones Sociales

☐ Aislamiento
☐ Desadaptación Social
☐ Desadaptación laboral
☐ Circulo relacional

Tratamientos

☐ Tratamiento/ Ayuda Profesional

Relato

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

Valoración

Proceso de evaluación u observaciones

Herramientas Jurídicas

Relevancia Atribuida

Tipo de demanda en la que encuadra su problematica

☐ 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

SEDESOL | Indesol | SEGOB ESTADO DE VERACRUZ | IVM INSTITUTO VERACRUZANO DE LAS MUJERES

Herramientas Sociales

Relevancia Atribuida

Situación de trabajo social en la que encuandra su problemática

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.
- ☐ Fiscalia Coordinadora Especializada en Investigación de delitos contra la familia, mujeres, niños y niñas y de trata de personas
- ☐ SEDESOL
- ☐ Instituto Veracruzano de la Defensoria Pública
- ☐ Juridico U.V.
- ☐ A.C. ¿Cuál? _____
- ☐ Unidad Integral de Procuración de Justicia
- ☐ Comisión de los Derechos Humanos ☐ Estatal ☐ Municipal
- ☐ P. JUDICIAL Centro de Justicia Alternativa
- ☐ Juzgados 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
- ☐ Estatal ☐ Municipal

Otro(s) Especifique _____

No. de Oficio/Tarjeta: ☐

Fecha de Expedición: _____

Observaciones de la Canalización

SEDESOL Secretaría de Desarrollo Social | Indesol Instituto Nacional de Desarrollo Social | SEGOB Estado de Veracruz | IVM Instituto Veracruzano de las Mujeres

Indicadores de Riesgo

- ☐ *Ataques previos con riesgo mortal
- ☐ *Amenazas de muerte a la victima
- ☐ *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 fisica 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, asi como tentativa de realizarlo
- ☐ *El agresor pertenece a una institución policial, fuerzas armadas o procuración de justicia
- ☐ *Hay abuso fisico 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 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 ☐ Feminicida ☐ 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

SEDESOL Secretaría de Desarrollo Social | Indesol Instituto Nacional de Desarrollo Social | SEGOB Estado de Veracruz | IVM Instituto Veracruzano de las Mujeres

Salud

¿Cuenta con servicio médico? ☐ NO ☐ SI — ¿Cuál? ____

¿Padece alguna enfermedad? ☐ NO ☐ SI — ¿Cuál? ____

¿Padece alguna discapacidad? ☐ NO ☐ SI — ¿Cuál? ____

Estrato Social / Entorno Social del Agresor(a)

Ocupación
☐ Labores de Oficio ☐ Estudiante ☐ Empleado(a) ☐ Comerciante
☐ Campesino(a) ☐ Otro — Especifique ____

Tipo de Percepción
☐ Comisión ☐ Salario
☐ Honorarios — Ingreso ____

Nivel de Estudios
☐ Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Técnica
☐ Licenciatura ☐ Posgrado ☐ Maestria ☐ Doctorado

Estatus de estudios
☐ Terminado ☐ Inconcluso

¿Servidor (a) público (a)? ☐ NO ☐ SI ☐ SE DESCONOCE Cargo: ____ Institución: ____

Conducta del Agresor(a)

¿Consume bebidas alcohólicas? ☐ NO ☐ SI

¿Consume Estupefacientes? ☐ NO ☐ SI

¿Con qué frecuencia?
☐ Diario ☐ Una vez por semana ☐ Dos veces por semana
☐ Dos veces al mes ☐ Cada ocasión ☐ Solo en fiestas

¿Consume Medicamentos controlados? ☐ NO ☐ SI ☐ SE DESCONOCE

¿Ha sido agredida durante los efectos del alcohol y otro? ☐ NO ☐ SI ☐ SE DESCONOCE

Control Interno

¿El caso requiere de medida u orden de protección? ☐ Si ☐ No

¿Se le informa a la usuaria la medida u orden de protección? ☐ Si ☐ No

¿El Caso esta relacionado con delitos del fuero federal? ☐ Si ☐ No

¿La usuaria solicita la medida u orden de protección? ☐ Si ☐ No

Firma o huella de beneficiaria	Firma de la responsable	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 direccion_ivm@veracruz.gob.mx , gmontesdeoca@ivermujeres.gob.mx y/u Oficina responsable sbernabe@ivermujeres.gob.mx.