



GOBIERNO MUNICIPAL 2024-2027
TUXPAN
¡Hagamos las cosas BIEN!

INSTITUTO MUNICIPAL DE LA MUJER



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: _____

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): _____

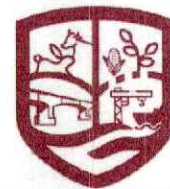
¡Hagamos las cosas BIEN!

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



GOBIERNO MUNICIPAL 2016-2019
TUXPAN
¡Hagamos las cosas BIEN!

INSTITUTO MUNICIPAL DE LA MUJER



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!

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



GOBIERNO MUNICIPAL 2024-2029
TUXPAN
¡hagamos 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!



Mes que reporta	Folio Libro IVM	Tipo de cédula ☐ Violencia ☐ No violencia
------------------------	------------------------	---

Cédula de atención - BANAVIM
IVM 2026 (Versión 9)

Registro de la víctima		
Folio EUV		
Tipo de asesoría	☐ Psicológica	☐ Jurídica ☐ Trabajo Social
Trabajadora Social (Nombre completo)	Abogada (Nombre completo)	Psicóloga (Nombre completo)

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

Datos generales de identificación de la víctima				
*CURP	*Nombre(s)	*Primer apellido	Segundo apellido	
*Sexo ☐ H ☐ M ☐ No binario	*Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /	*¿Es extranjera? ☐ Sí ☐ 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 ☐ H ☐ M ☐ No binario	*Parentesco con la víctima ☐ Curador ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor/tutora ☐ Otro: _____	*Edad		

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

Todos los campos marcados con * son obligatorios para su llenado



OPORTA SIN VALOR

***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



Domicilio de los hechos

*Código postal	*Colonia	*Estado	*Municipio/Alcaldía
*Localidad/Pueblo/Barrio	*Calle/Camino/Carretera	*No. exterior/Kilómetro	No. interior
*Fecha del incidente Aproximada (dd/mm/aaaa) / /	*Hora del incidente Aproximada	*¿Es día festivo? ☐ Sí ☐ No	*¿Conoce alguna autoridad de este asunto? ☐ No ☐ Sí

Clasificación de la violencia

*Tipo de violencia ☐ Digital/Cibernética ☐ Económica ☐ Femenicida ☐ Física ☐ Otro _____ ☐ Patrimonial ☐ Psicológica ☐ Sexual ☐ Vicaria	*Ámbito de la violencia ☐ En la comunidad ☐ Escolar/Docente ☐ Familiar ☐ Institucional ☐ Laboral ☐ Obstétrica ☐ Política	
*¿Es víctima de la delincuencia organizada? ☐ Sí ☐ No	*¿El hecho de violencia está relacionado con una denuncia? ☐ Sí ☐ No	*¿El hecho de violencia se encuentra relacionado con su orientación sexual o identidad de género? ☐ Sí ☐ No

Efectos de la violencia

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

Todos los campos marcados con * son obligatorios para su llenado



Datos generales de la víctima

*Edad	*Teléfono	Correo electrónico
Orientación sexual ☐ Asexual ☐ Bisexual ☐ Gay u homosexual ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana		
*Identidad de género ☐ Cisgénero ☐ Persona no binaria ☐ Transexual ☐ Transgénero ☐ Travesti		

Dirección actual

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

Datos complementarios

*¿Es migrante? ☐ Sí ☐ No	*¿Pertenece a un pueblo indígena? ☐ Sí ☐ No	*Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿La persona víctima se considera afromexicano(a), negro(a) o afrodescendiente? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce			
*¿Presenta alguna discapacidad? ☐ No ☐ Sí		Tipo de discapacidad ☐ Motora/Física ☐ Múltiple ☐ Sensorial/Auditiva/Visual ☐ Otra _____ ☐ Intelectual			
*¿La discapacidad es causa de la violencia recibida? ☐ Sí ☐ No		*¿Presenta algún trastorno neurológico y de salud mental diagnosticado? ☐ Sí ☐ No			
*¿Presenta alguna enfermedad? Debe enfocarse en enfermedades crónicas/degenerativas ☐ Sí ☐ No		*¿Se encuentra en algún tipo de tratamiento médico? ☐ Sí ☐ No		*¿Se encuentra embarazada? ☐ Sí ☐ No	Semanas de gestación
*¿Tiene hijas, hijos y/o personas dependientes? ☐ Sí ☐ 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?				☐ Sí		☐ No													
Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		Vinculo													
*¿Tiene alguna adicción? (puede marcar varias)				☐ Sí		☐ No		*¿Se encuentra en situación de calle?		☐ Sí		☐ No							
Adicciones de conducta				☐ Juego				☐ Sexo				☐ Trabajo							
☐ Internet				☐ Sectas				☐ Religión											
☐ Relaciones (codependencia)																			
Adicciones de ingestión (química)				☐ Alcohol				☐ Nicotina				☐ Cocaína							
☐ Marihuana				☐ Opio				☐ Sedantes e hipnóticos											
☐ Anfetaminas				☐ Éxtasis				☐ Heroína											
Adicciones de ingestión (comida)				☐ Anorexia				☐ Bulimia				☐ Comedor compulsivo							
Datos de la persona agresora																			
*¿Conoces a la persona señalada como agresora?												Vinculo con la persona agresora							
☐ Sí												☐ No							
Nombre			Primer apellido			Segundo apellido			Edad										
									Sexo			☐ H ☐ M							
												☐ No binario							
Identidad de Genero																			
☐ Cisgénero												☐ Persona no binaria		☐ Transgénero		☐ Travesti			
Orientación sexual																			
☐ Asexual												☐ Bisexual		☐ Gay u homosexual		☐ Heterosexual		☐ Lesbiana	
*¿Vive en el mismo domicilio que la víctima?						*¿Vive en el extranjero?						☐ Sí		☐ No					
☐ Sí						☐ 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																			
☐ Preescolar												☐ Preparatoria		☐ Doctorado		☐ Carrera técnica comercial			
☐ Primaria												☐ Licenciatura		☐ Posgrado		☐ Estudios que no requieren validez oficial			
☐ Secundaria												☐ Maestría		☐ Ninguna		☐ No identificado			

Todos los campos marcados con * son obligatorios para su llenado



Ingresos promedio al mes	Ocupación	*¿Tiene acceso a armas? ☐ Sí ☐ No
Tipo de arma ☐ Arma de fuego corta ☐ Chacos ☐ Machete ☐ Otra arma blanda ☐ Arma de fuego larga ☐ Macanas ☐ Proyectil ☐ Otra arma de fuego ☐ Objeto punzo cortante		
*¿Consumes algún tipo de droga? ☐ Sí ☐ No		
¿Cuál? ☐ Alcohol ☐ Anfetaminas ☐ Cocaína ☐ Éxtasis ☐ Heroína ☐ Inhalables ☐ Marihuana ☐ Nicotina ☐ Opiáceos ☐ Sedantes e hipnóticos ☐ Solventes		

Control interno	
*¿Cómo se enteró de los servicios? ☐ Redes sociales ☐ Medios impresos ☐ Radio ☐ Por recomendación ☐ Perifoneo ☐ Televisión ☐ Instituto	
¿El caso requiere de medida u orden de protección? ☐ Sí ☐ No	¿La víctima solicita la medida u orden de protección? ☐ Sí ☐ No
¿El caso está relacionado con delitos de fuero federal? ☐ Sí ☐ No	¿Se le informa a la víctima la medida u orden de protección? ☐ Sí ☐ No
Firma o huella de la víctima	Nombre y firma de captura y resguardo

DECLARATIVA DE PRIVACIDAD 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 y 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 del área 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. Para más información sobre la protección de datos personales y conocer el Aviso de Privacidad Integral visite la página http://www.ivermujeres.gob.mx/ .	AVISO SIMPLIFICADO DE PRIVACIDAD
--	---