



CÉDULA DE ATENCIÓN EN MÓDULO/VENTANILLA

Cédula	Hora de Ingreso <input type="text"/> Hora Asesora 1 <input type="text"/> Hora Asesora 2 <input type="text"/> Hora de Salida <input type="text"/> Folio Víctima <input type="text"/> Folio Evento <input type="text"/> Fecha de Atención <input type="text"/> Folio CAE's y/o refugio <input type="text"/> Tipo de Asesoría <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> T. Social o Promotora <input type="checkbox"/> Enfermera Tipo de Atención <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Telefónica Fecha Nacimiento <input type="text"/> Edad <input type="text"/> Demanda o situación desencadenante <input type="text"/> Fecha de incidente <input type="text"/>
	Nombre: <input type="text"/> Apellidos: <input type="text"/> Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer Lugar de Nacimiento <input type="text"/> Situación de pareja: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Amasiato <input type="checkbox"/> Otro Especifique <input type="text"/> Relación con la persona agresora: <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Novio(a) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Conocido <input type="checkbox"/> Especifique <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Parentesco <input type="text"/> Tipos de población <input type="checkbox"/> Rural Indígena <input type="checkbox"/> Rural NO Indígena <input type="checkbox"/> Urbana Indígena <input type="checkbox"/> Urbana NO Indígena Domicilio <input type="text"/> Colonia <input type="text"/> C.P. <input type="text"/> Teléfono Local <input type="text"/> Teléfono Celular <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> Comunidad <input type="text"/>
Datos Generales	No. de Hijos(as): <input type="text"/> ¿Viven con ella? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Cuántos? <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/> Escolaridad: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/> Escolaridad: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/> Escolaridad: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/>
	Ocupación <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Campesina <input type="checkbox"/> Otro Especifique <input type="text"/> Tipo de Percepción <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Beca <input type="checkbox"/> otro Especifique <input type="text"/> Ingreso Mensual <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="text"/>
	¿Con quién vive? <input type="text"/> ¿Cuenta con algún tipo de apoyo? <input type="text"/> ¿Religión? <input type="text"/> Lengua <input type="text"/>
Datos de la Usuaría	
Datos de los Hijos e Hijas	
Estrato Social	



Estrato Social

Nivel de Estudios

- Analfabeta Primaria terminada Primaria Inconclusa Secundaria terminada Secundaria Inconclusa
 Bachillerato Técnica Licenciatura Otro

Salud

¿Consumo bebidas alcohólicas?

- NO SI

¿Con qué frecuencia?

- Diario Una vez por semana Dos veces por semana
 Dos veces al mes Cada ocasión Solo en fiestas

¿Consumo 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

Síntomatología Emocional

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baja Autoestima | <input type="checkbox"/> Dependencia Emocional | <input type="checkbox"/> Persecución | <input type="checkbox"/> Bloqueo cognitivo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Afectación Emocional | <input type="checkbox"/> Sumisión | <input type="checkbox"/> Descontrol |
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Falta de habilidades sociales | <input type="checkbox"/> Vergüenza |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Transtornos de alimentación | <input type="checkbox"/> Somatizaciones | <input type="checkbox"/> Agotamiento psíquico |
| <input type="checkbox"/> Transtornos del sueño | <input type="checkbox"/> Sentimientos de Indefensión | <input type="checkbox"/> Perplejida | <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpa |

Sintomatología Física

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico en general | <input type="checkbox"/> Molestias gastrointestinales | |
| <input type="checkbox"/> Cervicalgia | <input type="checkbox"/> Molestias pélvicas | |

Creencias

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Justificación de agresiones | <input type="checkbox"/> Resignación |
| <input type="checkbox"/> Creencia real de lo que dice el otro | <input type="checkbox"/> Fatalismo |
| <input type="checkbox"/> Creencias tradicionales roles de género | <input type="checkbox"/> Voluntad poco firme de superación |

Factores Psicosociales

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hijos | <input type="checkbox"/> No tiene un lugar donde vivir | <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Su propia familia no la apoya | <input type="checkbox"/> Revictimización | <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> No trabaja | Otros _____ | |

Relación de Pareja

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Roles de pareja desiguales | <input type="checkbox"/> Ciclo de violencia |
| <input type="checkbox"/> Ambivalencia afectiva en el agresor | <input type="checkbox"/> Tiempo de convivencia |
| <input type="checkbox"/> Falta de libertad | <input type="checkbox"/> Agresiones previas a la denuncia |
| <input type="checkbox"/> Autonomía | <input type="checkbox"/> Adaptación Psicológica |

Relaciones Sociales

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aislamiento | <input type="checkbox"/> Desadaptación laboral |
| <input type="checkbox"/> Desadaptación Social | <input type="checkbox"/> Circulo relacional |

Tratamientos

- Tratamiento/ Ayuda Profesional

Relato

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Credibilidad del relato | <input type="checkbox"/> Discurso sobre la relación de la pareja |
| <input type="checkbox"/> Coherente | <input type="checkbox"/> Resistencia a evocar recuerdos negativos |
| <input type="checkbox"/> Con afectación emocional | <input type="checkbox"/> Riqueza de detalles |
| <input type="checkbox"/> Con lagunas | |

Herramientas Psicológicas

Indicadores y Relevancia Atribuída

Valbración

Elementos que dificultan la valoración



Valoración	Proceso de evaluación u observaciones	Observaciones de amenaza con objeto punzo cortante o arma
Herramientas Jurídicas Relevancia Atribuída	Tipo de demanda <input type="checkbox"/> Penal <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Mercantil <input type="checkbox"/> Otro	Especifique
	Relato de los hechos	
	Situación legal en la que se encuentra su problemática	Procedimiento legal
Valoración	Alcances y resultados	
Herramientas Sociales Relevancia Atribuída	Situación de trabajo social en la que encuadra su problemática	



Herramientas Sociales	Relevancia Atribuida	Tipo de Gestión	Procedimiento
		¿Se requiere hacer Estudio Multifactorial? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Especifique <input type="text"/>	
Valoración	Alcances y resultados		
Canalizaciones	Dependencias Gubernamentales y Privadas	Instituciones	
		Otro(s) Especifique <input type="text"/>	
Indicadores de Riesgo	No. de Oficio/Tarjeta: <input type="text"/>		Fecha de Expedición: <input type="text"/>
	Observaciones de la Canalización		
Indicadores de Riesgo			
<input type="checkbox"/> *Ataques previos con riesgo mortal			
<input type="checkbox"/> *Amenazas de muerte a la victima			
<input type="checkbox"/> *El agresor irrespeta las medidas de protección			
<input type="checkbox"/> *El agresor es convicto o exconvicto por delitos contra las personas			
<input type="checkbox"/> *El agresor tiene una acusación o condena previa por delitos contra la integridad fisica o sexual de las personas			
<input type="checkbox"/> *Intento o amenaza de suicidio de parte del agresor			



Indicadores de Riesgo	<input type="checkbox"/> *La víctima considera que el agresor es capaz de matarla <input type="checkbox"/> *La víctima está aislada o retenida por el agresor contra su propia voluntad o lo ha estado previamente <input type="checkbox"/> *Abuso sexual del agresor contra los hijos u otras personas menores de edad de la familia cercana, así como tentativa de realizarlo <input type="checkbox"/> *El agresor pertenece a una institución policial, fuerzas armadas o procuración de justicia <input type="checkbox"/> *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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o drogas por parte del agresor <input type="checkbox"/> Aumento de la frecuencia y gravedad de la violencia <input type="checkbox"/> La víctima ha recibido atención en salud como consecuencia de la agresiones o ha recibido atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> El agresor tiene antecedentes psiquiátricos <input type="checkbox"/> El agresor es una persona que tiene conocimiento en el uso, acceso, trabaja o porta armas de fuego <input type="checkbox"/> Resistencia violenta a la intervención policial o a la de otras figuras de autoridad <input type="checkbox"/> Acoso, control o amedrentamiento sistemático de la víctima <input type="checkbox"/> Que haya matado mascotas <p>Aquellos indicadores resaltados con un asterisco (*), por sí solos, implican un alto riesgo de muerte para las mujeres</p>								
Control	Proceso de Seguimiento: _____ Tipo de Control de Seguimiento: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral								
Tipo/Modalidad de la Violencia	<table border="1"> <tr> <td style="width: 50%;"> Tipos de Violencia <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Obstétrica </td> <td style="width: 50%;"> Modalidades de Violencia <input type="checkbox"/> Familiar/Familiar Equiparada <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitaria <input type="checkbox"/> Femicida </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Lugar donde fue la violencia <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Vía Pública <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> Especifique _____ </td> </tr> <tr> <td> ¿Sufrió alguna lesión? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="text"/> ¿Dónde? _____ </td> <td> ¿Ha requerido hospitalización? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI </td> </tr> <tr> <td> ¿Ha sido amenazada? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="text"/> ¿Por quién? _____ </td> <td></td> </tr> </table>	Tipos de Violencia <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Obstétrica	Modalidades de Violencia <input type="checkbox"/> Familiar/Familiar Equiparada <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitaria <input type="checkbox"/> Femicida	Lugar donde fue la violencia <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Vía Pública <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> Especifique _____		¿Sufrió alguna lesión? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="text"/> ¿Dónde? _____	¿Ha requerido hospitalización? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	¿Ha sido amenazada? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="text"/> ¿Por quién? _____	
Tipos de Violencia <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Obstétrica	Modalidades de Violencia <input type="checkbox"/> Familiar/Familiar Equiparada <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitaria <input type="checkbox"/> Femicida								
Lugar donde fue la violencia <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Vía Pública <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> Especifique _____									
¿Sufrió alguna lesión? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="text"/> ¿Dónde? _____	¿Ha requerido hospitalización? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI								
¿Ha sido amenazada? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="text"/> ¿Por quién? _____									
Datos Generales	Datos específicos de la persona Agresora Nombre: _____ Apellidos: _____ Alias: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Situación de pareja: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Amasiato <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> Especifique _____ Tipos de Población: <input type="checkbox"/> Rural Indígena <input type="checkbox"/> Rural NO Indígena <input type="checkbox"/> Urbana Indígena <input type="checkbox"/> Urbana NO Indígena Lengua: _____ Religión: _____ Domicilio: _____ Colonia o Comunidad: _____ C.P.: _____ Teléfono Local: _____ Teléfono Celular: _____ Municipio: _____ Lugar de Nacimiento: _____								
Salud	¿Cuenta con servicio médico? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="text"/> ¿Cuál? _____ ¿Padece alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="text"/> ¿Cuál? _____ ¿Padece alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="text"/> ¿Cuál? _____								
Estrato Social	Entorno Social del Agresor(a) Ocupación: <input type="checkbox"/> Labores de Oficio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado(a) <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Campesino(a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> Especifique _____ Tipo de Percepción: <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="text"/> Ingreso _____								



Estrato Social Entorno Social del Agresor(a)	Nivel de Estudios _____		
	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria Terminada <input type="checkbox"/> Primaria Inconclusa <input type="checkbox"/> Secundaria Terminada <input type="checkbox"/> Secundaria Inconclusa <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> Especifique _____		
Conducta del Agresor(a)	¿Consume bebidas alcohólicas?	¿Con qué frecuencia?	
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada ocasión <input type="checkbox"/> Solo en fiestas	
	¿Consume Estupefacientes?	¿Ha sido agredida durante los efectos del alcohol y otro?	
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	¿Qué parte de su cuerpo le agrede físicamente? _____	
Control Interno	¿El caso requiere de medida u orden de protección?	¿Se le ofrece a la usuaria la medida u orden de protección?	
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿El Caso esta relacionado con delitos del fuero federal?	¿La usuaria acepta el seguimiento del caso?	
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	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 a direccion_ivm@veracruz.gob.mx, gmontesdeoca@ivermujeres.gob.mx y/u Oficina responsable sbernabe@veracruz.gob.mx.