

INSTITUTO VERACRUZANO DE LAS MUJERES  
IVM 2019 (Versión 6)

MES QUE REPORTA

FOLIO LIBRO (INTERNO)

**CÉDULA DE ATENCIÓN EN MÓDULO/VENTANILLA**

Datos de la Atención

Fecha de Atención  Folio MAE, CAE's e IMM's  Folio Víctima  Folio de Cédula Allegadas

Hora de Ingreso  T. Social (Nombre)  Abogada (Nombre)  Psicóloga (Nombre)  Hora de Salida

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

Fecha del último incidente  Motivo de la Atención

Datos Generales  
Datos de la Usuaría

Nombre  Apellidos  Teléfono

Edad  Fecha Nac.  CURP  Opcional  Lugar de Nacimiento (Pais, Estado, Municipio y Localidad)

Situación de pareja o estado civil:  Casada  Soltera  Viuda  Concubina  Amasiato  Divorciada  Noviazgo  Separada  Unión Libre  Otro ¿Pertenece a un pueblo indígena?  Si  No  Se Desconoce Pueblo indígena (Anexo A)

Domicilio Actual

Pais  Estado  Municipio  Localidad

Calle  Colonia  No. Int.  No. Ext.  Cod. Postal

¿ Es migrante?  Si  No  Se Desconoce Religión  Bíblicas No Evangélicas  Católico  Espiritualista  Islámica Religión (Anexo B)

Estrato Social  
Entorno Social de la Víctima

Ocupación\*  Funcionarios directores y jefes  Profesionistas y técnicos  Trabajadores auxiliares en actividades administrativas  Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas  Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca  Anexo C

Fuente de Ingresos  Trabajo formal  Trabajo informal  Rentas  Anexo D   Remesas  Pensiones  Herencia

Otras Actividades  Trabaja en el hogar  Trabaja fuera del hogar (Ocupación\*)  Anexo E

Tipo de Vivienda  Propia  Rentada  Comodato (Prestada)  Invasión (Paracaidista)

Servicios Básicos  Agua Potable  Alumbrado Público  Drenaje  Energía Eléctrica  Recolección de Basura  Otros

Programas Sociales  Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad  Bienestar de las Personas Adultas Mayores  Jóvenes construyendo el Futuro  Fomento a la Economía Social  Sembrando Vida  Becas "Benito Juárez"

¿Servicio Médico?  Secretaria de Salud  IMSS  SESVER  ISSSTE  Otro  Ninguno Anexo F

Ingreso Mensual  ¿Servidor público?  Si  No  Se Desconoce Cargo  Institución

Nivel de Estudios  Ninguna  Preprimaria  Primaria  Secundaria  Anexo G  ¿Habla español?  Si  No  Desconoce Lengua Ind. y Ext. (Anexo H)

Estatus de estudios:  Terminado  Inconcluso

Salud

Condición de Discapacidad  Física  Intelectual  Visual  Auditiva  Anexo I

Enfermedad que padece  De la sangre y de los órganos hematopoyéticos  Trastornos mentales y del comportamiento Anexo J:

¿Se encuentra embarazada?  Si  No  Desconoce ¿Cuántos meses?

Observaciones embarazo

Hijas e Hijos		Edad:	Sexo:	¿Con quién vive? (Anexo K):	Recibio servicio:	Edad:	Sexo:	¿Con quién vive? (Anexo K):	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	<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
		<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	<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

Red de Apoyo		Nombre, Apellido Paterno y Materno	Tipo Relación (Anexo L)	Detalle Relación(Anexo M)	Tipo de Apoyo (Anexo N)	Teléfono
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Herramientas Sociales		Relevancia Atribuïda
Situación de trabajo social en la que encuadra su problemática		<input type="text"/>

Herramientas Sociales		Relevancia Atribuïda	Procedimiento
<b>Tipo de Gestión</b> <input type="checkbox"/> Gestión de Recursos Económicos <input type="checkbox"/> Gestión de Apoyo a Programas <input type="checkbox"/> Gestión en trámites en Salud y/o Hospital <input type="checkbox"/> Gestión a la Educación <input type="checkbox"/> Anexo Ñ <input type="text"/>			<input type="text"/>

Herramientas Psicológicas		Indicadores y Relevancia Atribuïda
<b>Sintomatología Emocional</b>		<input type="checkbox"/> Baja Autoestima <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño <input type="checkbox"/> Dependencia Emocional <input type="checkbox"/> Afectación Emocional <input type="checkbox"/> Miedo <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> Sentimientos de Indefensión <input type="checkbox"/> Persecución <input type="checkbox"/> Sumisión <input type="checkbox"/> Falta de habilidades sociales <input type="checkbox"/> Somatizaciones <input type="checkbox"/> Perplejida <input type="checkbox"/> Bloqueo cognitivo <input type="checkbox"/> Descontrol <input type="checkbox"/> Vergüenza <input type="checkbox"/> Agotamiento psíquico <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpa
<b>Sintomatología Física</b>		<input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Dolor crónico en general <input type="checkbox"/> Cervicalgia <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Molestias gastrointestinales <input type="checkbox"/> Molestias pélvicas <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias
<b>Creencias</b>		<input type="checkbox"/> Justificación de agresiones <input type="checkbox"/> Creencia real de lo que dice el otro <input type="checkbox"/> Creencias tradicionales roles de género <input type="checkbox"/> Resignación <input type="checkbox"/> Fatalismo <input type="checkbox"/> Voluntad poco firme de superación
<b>Factores Psicosociales</b>		<input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> No tiene un lugar donde vivir <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico

- Su propia familia no la apoya  Revictimización  
 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  Círculo 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

Proceso de evaluación u observaciones (Psicológico) \_\_\_\_\_

Tipo de demanda en la que encuadra su problemática \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_  
 Penal  Civil  Laboral  Mercantil  Otro

Relato de los hechos (Jurídico) \_\_\_\_\_

Situación legal en la que se encuentra su problemática \_\_\_\_\_ Procedimiento legal \_\_\_\_\_

**Valoración**

Alcances y resultados

**Tipo/Modalidad de la Violencia**

**Situación de la Violencia**

**Tipos de Violencia**

Psicológica    Física    Sexual    Otro

Patrimonial    Económica    Obstétrica

**Modalidades de Violencia**

Género    Familiar    Familiar Equiparada    Laboral

En la Comunidad    Institucional    Femicida    Política en razón de Género

**Espacio del Incidente**

Espacio particular    Espacio público    Transporte foráneo    Transporte privado    Transporte Urbano

Lugar Incidente (Anexo O)   Lugar Incidente (Anexo P)   Lugar Incidente (Anexo Q)   Lugar Incidente (Anexo R)   Lugar Incidente (Anexo S)

¿El incidente ocurrió en el domicilio de la víctima?:  Si    No    Se Desconoce      ¿Es día festivo?:  Si    No    Se Desconoce

Calle \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_

Fecha del Incidente \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

¿Es víctima de trata?:  Si    No    Se Desconoce      ¿Es víctima de delincuencia organizada?:  Si    No    Se Desconoce

Frecuencia del Hecho \_\_\_\_\_ Día de la Semana: \_\_\_\_\_

Anexo T: \_\_\_\_\_

**Indicadores Riesgo**

1) ¿Consume alcohol, drogas y/o medicamentos controlados?  SI    NO    Se Desconoce

2) ¿Ha pensado en suicidarse?  SI    NO    Se Desconoce

3) ¿Ha intentado suicidarse?  SI    NO    Se Desconoce

4) ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por lesiones?  SI    NO    Se Desconoce

5) ¿Requiere hospitalización?  SI    NO    Se Desconoce

6) ¿Esta constantemente bajo la vigilancia de la persona agresora?  SI    NO    Se Desconoce

7) ¿Puede hacer o recibir llamadas libremente?  SI    NO    Se Desconoce

8) ¿Puede hacer o recibir visitas libremente?  SI    NO    Se Desconoce

9) ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?  SI    NO    Se Desconoce

10) ¿Vive con la persona agresora?  SI    NO    Se Desconoce

11) ¿Vive con la familia de la persona agresora?  SI    NO    Se Desconoce

12) ¿Vive cerca de la persona agresora?  SI    NO    Se Desconoce

13) ¿Tuvo que abandonar su casa?  SI    NO    Se Desconoce

14) ¿Tiene algún lugar donde vivir?  SI    NO    Se Desconoce

15) ¿Se encuentra en situación de calle?  SI    NO    Se Desconoce

16) ¿Ha vivido violencia por su actual o última pareja?  SI    NO    Se Desconoce

**Canalizaciones**

¿La víctima ha sido canalizada?  Si    No    Se Desconoce      Tipo de canalización:  Psicológica    Jurídica    Trabajo Social

IVM - Instituto Veracruzano de Las Mujeres       ONG - Organismos no Gubernamentales

SSP - Secretaria de Seguridad Pública       CEAPP - Comision Estatal para la Atencion y Proteccion de los Periodistas

DIF Municipal - Desarrollo Integral de la Familia       CEDH - Comision Estatal De Los Derechos Humanos

Secretaria de Bienestar      Anexo U: \_\_\_\_\_

**Control**

**Interno**

Tipo de Seguimiento \_\_\_\_\_

Psicológico     Jurídico     Trabajo Social     Promotora

Representación o Defensoría Legal \_\_\_\_\_

Jurídica     Psicológica

**Datos Generales**

**Datos específicos de la persona Agresora**

¿Conoce a la persona agresora?:  Si     No     Se Desconoce      ¿Puede identificar a la persona agresora?:  Si     No     Se Desconoce

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre     Mujer    Alias: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

Opcional \_\_\_\_\_

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Familiar     Laboral y Docente     En la Comunidad     Institucional     Otro

Detalle Relación (Anexo M) \_\_\_\_\_ Detalle Relación (Anexo M) \_\_\_\_\_

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

Religión:  Bíblicas No Evangélicas     Católico     Espiritualista     Islámica    Anexo B: \_\_\_\_\_

Domicilio Actual \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ No. Int \_\_\_\_\_ No. Ext \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_

¿La persona agresora vive en el mismo domicilio de la víctima?:  Si     No     Se Desconoce

Lugar de Nacimiento (País, Estado y Municipio) \_\_\_\_\_

**Estrato Social**

**Entorno Social del Agresor(a)**

Ocupación\* \_\_\_\_\_

Funcionarios directores y jefes  
 Profesionistas y técnicos  
 Trabajadores auxiliares en actividades administrativas  
 Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas  
 Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca  
 Anexo C \_\_\_\_\_

Fuente de Ingresos \_\_\_\_\_

Trabajo formal     Remesas  
 Trabajo informal     Pensiones  
 Rentas     Herencia  
 Anexo D \_\_\_\_\_

Otras Actividades \_\_\_\_\_

Trabaja en el hogar     Trabaja fuera del hogar (Ocupación\*)  
 Anexo E \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual \_\_\_\_\_

Tipo de Vivienda \_\_\_\_\_

Propia     Rentada     Comodato (Prestada)  
 Invasión (Paracaidista)

¿Servidor público?  Si     No     Se Desconoce

Cargo \_\_\_\_\_

¿Servicio Médico? \_\_\_\_\_

Secretaria de Salud     IMSS     SESVER     ISSSTE     Ninguno     Otro    Anexo F \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Nivel de Estudios \_\_\_\_\_

Ninguna     Preprimaria     Primaria     Secundaria    Anexo G \_\_\_\_\_

Estatus de estudios:  Terminado     Inconcluso

¿Habla español?  Si     No     Desconoce    Lengua Ind. y Ext. (Anexo H) \_\_\_\_\_

**Salud**

Condición de Discapacidad \_\_\_\_\_

Física     Intelectual     Visual  
 Auditiva    Anexo I \_\_\_\_\_

Enfermedad que padece \_\_\_\_\_

De la sangre y de los órganos hematopoyéticos  
 Trastornos mentales y del comportamiento  
Anexo J: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra embarazada?  Si     No     Desconoce    ¿Cuántos meses? \_\_\_\_\_

Observaciones embarazo \_\_\_\_\_

**Factor de Riesgo**

¿Posee algún tipo de arma?  Si     No     Se Desconoce

¿Porta dicha arma?  Si     No     Se Desconoce

Especificar arma \_\_\_\_\_

Arma de fuego corta     Arma de fuego larga     Cuchillo     Hacha     Machete  
 Navaja     Picahielos     Tijeras     Otro

Daños y Lesiones

<p><b>Lesión física</b></p> <p><input type="checkbox"/> Contusión /Golpe      <input type="checkbox"/> Mordedura      <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Hematoma (Moretón)      <input type="checkbox"/> Raspadura</p> <p><input type="checkbox"/> Corte o Desgarre de la piel      <input type="checkbox"/> Tentativa de ahorcamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Fractura      <input type="checkbox"/> Ninguno</p>	<p><b>Agente</b></p> <p><input type="checkbox"/> Arma de Fuego (Bala)      <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Arma Punzocortante</p> <p><input type="checkbox"/> Automovil/Motocicleta</p> <p><input type="checkbox"/> Pie/Mano</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p>	<p><b>Área Lesionada</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cabeza      <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Cara      <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Cuello</p> <p><input type="checkbox"/> Extremidades inferiores</p> <p><input type="checkbox"/> Extremidades superiores</p>
---	--	--

Indicadores de Riesgo (Persona Agresora)

- \*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 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 Interno

<p>¿El caso requiere de medida u orden de protección?</p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿El Caso esta relacionado con delitos del fuero federal?</p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Se le informa a la usuaria la medida u orden de protección?</p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿La usuaria solicita la medida u orden de protección?</p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Firma o huella de beneficiaria</p>	<p>Nombre y firma de la Persona Responsable (Captura y Resguardo)</p>

**AVISO SIMPLIFICADO DE PRIVACIDAD**

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 o 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 final 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. Las Unidad administrativa responsables 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 Av. Adolfo Ruiz Cortines No. 1618 segundo piso, Colonia Francisco Ferrer Guardia, Xalapa, Ver., C.P. 91120, a través de correo electrónico: [unidaddeaccesoivm@veracruz.gob.mx](mailto:unidaddeaccesoivm@veracruz.gob.mx), 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.ivmujeres.gob.mx/>.