

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hora de Ingreso	T. Social (Nombre)	Abogada (Nombre)	Psicóloga (Nombre)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de Atención: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Telefónica		Tipo de Asesoría: <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Trabajo Social <input type="checkbox"/> Promotora	
Fecha del último incidente	Motivo de la Atención		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Datos Generales
Datos de la Usuaría

Nombre	Apellidos	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad	Fecha Nac.	CURP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Situación de pareja o estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Concubina <input type="checkbox"/> Amasiato <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Noviazgo <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Otro		¿Pertenece a un pueblo indígena? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Desconoce
Domicilio Actual		Pueblo indígena (Anexo A)
Pais	Estado	Municipio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle	Colonia	No. Int. No. Ext. Cod. Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es migrante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Desconoce	Religión <input type="checkbox"/> Bíblicas No Evangélicas <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Espiritualista <input type="checkbox"/> Islámica	Religión (Anexo B)
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Estrato Social
Entorno Social de la Víctima

Ocupación* <input type="checkbox"/> Funcionarios directores y jefes <input type="checkbox"/> Profesionistas y técnicos <input type="checkbox"/> Trabajadores auxiliares en actividades administrativas <input type="checkbox"/> Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas <input type="checkbox"/> Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca <input type="checkbox"/> Anexo C	Fuente de Ingresos <input type="checkbox"/> Trabajo formal <input type="checkbox"/> Remesas <input type="checkbox"/> Trabajo informal <input type="checkbox"/> Pensiones <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Anexo D	Otras Actividades <input type="checkbox"/> Trabaja en el hogar <input type="checkbox"/> Trabaja fuera del hogar (Ocupación*) <input type="checkbox"/> Anexo E
Programas Sociales <input type="checkbox"/> Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad <input type="checkbox"/> Fomento a la Economía Social <input type="checkbox"/> Bienestar de las Personas Adultas Mayores <input type="checkbox"/> Sembrando Vida <input type="checkbox"/> Jóvenes construyendo el Futuro <input type="checkbox"/> Becas "Benito Juárez"	Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Comodato (Prestada) <input type="checkbox"/> Invasión (Paracaidista)	Servicios Básicos <input type="checkbox"/> Agua Potable <input type="checkbox"/> Alumbrado Público <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Energía Eléctrica <input type="checkbox"/> Recolección de Basura <input type="checkbox"/> Otros
Ingreso Mensual <input type="text"/> ¿Servidor público? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Desconoce Cargo <input type="text"/> Institución <input type="text"/>	¿Servicio Médico? <input type="checkbox"/> Secretaria de Salud <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> SESVER <input type="checkbox"/> Anexo F	Nivel de Estudios <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Preprimaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Anexo G Estatus de estudios: <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Inconcluso
¿Habla español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce		Lengua Ind. y Ext. (Anexo H) <input type="text"/>

Salud

Condición de Discapacidad <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Anexo I	Enfermedad que padece <input type="checkbox"/> De la sangre y de los órganos hematopoyéticos <input type="checkbox"/> Trastornos mentales y del comportamiento Anexo J: <input type="text"/>	¿Se encuentra embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce ¿Cuántos meses? <input type="text"/> Observaciones embarazo <input type="text"/>
--	--	---

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

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"/>

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

Herramientas Sociales	Relevancia Atribuída	Tipo de Gestión	Procedimiento
		<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 Atribuída	Sintomatología Emocional	<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"/> Verguenza <input type="checkbox"/> Agotamiento psíquico <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpa
		Sintomatología Física	<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	
		Creencias	<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		
		Factores Psicosociales	<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 <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Obstétrica		Modalidades de Violencia <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Familiar Equiparada <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> En la Comunidad <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Femenicida <input type="checkbox"/> Política en razón de Género	
Espacio del Incidente <input type="checkbox"/> Espacio particular <input type="checkbox"/> Espacio público <input type="checkbox"/> Transporte foráneo <input type="checkbox"/> Transporte privado <input type="checkbox"/> Transporte Urbano			
Lugar Incidente (Anexo O) <input type="text"/>		Lugar Incidente (Anexo P) <input type="text"/>	
Lugar Incidente (Anexo Q) <input type="text"/>		Lugar Incidente (Anexo R) <input type="text"/>	
Lugar Incidente (Anexo S) <input type="text"/>			
¿El incidente ocurrió en el domicilio de la víctima?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Desconoce ¿Es día festivo?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Desconoce			
Calle <input type="text"/>		No. Int. <input type="text"/> No. Ext. <input type="text"/>	
Colonia <input type="text"/>		Cod. Postal <input type="text"/>	
Fecha del Incidente <input type="text"/>		Localidad <input type="text"/>	
Municipio <input type="text"/>		Estado <input type="text"/>	
¿Es víctima de trata?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Desconoce		¿Es víctima de delincuencia organizada?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Desconoce	
Frecuencia del Hecho <input type="text"/>		Día de la Semana: <input type="text"/>	
Anexo T: <input type="text"/>			

Indicadores Riesgo

1) ¿Consume alcohol, drogas y/o medicamentos controlados? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce	9) ¿Ha recibido algún tipo de amenaza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce
2) ¿Ha pensado en suicidarse? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce	10) ¿Vive con la persona agresora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce
3) ¿Ha intentado suicidarse? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce	11) ¿Vive con la familia de la persona agresora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce
4) ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por lesiones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce	12) ¿Vive cerca de la persona agresora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce
5) ¿Requiere hospitalización? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce	13) ¿Tuvo que abandonar su casa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce
6) ¿Esta constantemente bajo la vigilancia de la persona agresora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce	14) ¿Tiene algún lugar donde vivir? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce
7) ¿Puede hacer o recibir llamadas libremente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce	15) ¿Se encuentra en situación de calle? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce
8) ¿Puede hacer o recibir visitas libremente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce	16) ¿Ha vivido violencia por su actual o última pareja? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Desconoce

Canalizaciones

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

<input type="checkbox"/> IVM - Instituto Veracruzano de Las Mujeres	<input type="checkbox"/> ONG - Organismos no Gubernamentales
<input type="checkbox"/> SSP - Secretaria de Seguridad Pública	<input type="checkbox"/> CEAPP - Comision Estatal para la Atencion y Proteccion de los Periodistas
<input type="checkbox"/> DIF Municipal - Desarrollo Integral de la Familia	<input type="checkbox"/> CEDH - Comision Estatal De Los Derechos Humanos
<input type="checkbox"/> Secretaria de Bienestar	Anexo U: <input type="text"/>

**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) _____ Detalle Relación (Anexo M) _____ 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>Lesión física</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>Agente</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>Área Lesionada</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>
Firma o huella de beneficiaria	Nombre y firma de la Persona Responsable (Captura y Resguardo)

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, 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/>.