



REGISTRO GENERAL

FECHA DE REGISTRO: _____

PERSONA QUE REFIERE:

DATOS GENERALES:

1. NOMBRE: _____

2. EDAD: _____ AÑOS SEXO: MUJER HOMBRE

3. DIRECCIÓN: _____

4. POBLACIÓN: _____

5. LUGAR DE ORIGEN: _____

6. RELIGIÓN: _____

7. ESCOLARIDAD: _____

8. SITUACIÓN ACTUAL:

_____ SOLTERA _____ CASADA _____ CONCUBINATO

_____ VIUDA _____ AMASIATO _____ MADRE SOLTERA

_____ SEPARADA

_____ DIVORCIADA OTRO ESPECIFIQUE: _____

9. HIJAS E HIJOS:

NOMBRE: SEXO: EDAD:

10. OCUPACIÓN: _____ PAREJA: _____



PARENTESCO: _____

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	SEXO	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACION	VIVE EN LA MISMA CASA

ENFERMEDADES EN LA FAMILIA:

ENFERMEDADES	SI	NO	PERSONA QUE LA PADECE	FRECUENCIA
Presión alta				
Presión baja				
Diabetes				
Epilepsia				
Cáncer				
Cardiovasculares				
Discapacidad				
Alcoholismo				
Drogadicción				
Otros				

SITUACIÓN DE VIOLENCIA:

1. Tipos de violencia

Psicológica _____ Sexual _____ Física _____ Económica _____ Patrimonial _____

a) Prevalencia

Primera vez _____ Reincidencia _____

Otros:



2. Modalidad de la violencia

Doméstica ____ Laboral ____ Social ____ Institucional ____

Observaciones

Canalizado al área:

Médica: _____

Psicológica: _____

Jurídica:

LTS. KARINA PEREZ OLGUIN

NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA:
