

**AVISO AL MINISTERIO PUBLICO
(VIOLENCIA FAMILIAR, APENDICE INFORMATIVO 1)**

Folio: _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad Federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración

día	mes	año

U A D S F E U E A C V R T I I A F O D (A) O (A)	Nombre _____			Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/>	
	Apellido paterno _____		Apellido materno _____	Nombre (s) _____	Años _____	1. Masculino
	Domicilio _____					
	Calle _____		Número exterior _____	Número interior _____	Barrio o colonia _____	Código postal _____
Localidad _____		Municipio _____			Entidad Federativa _____	

Fecha de atención médica

día	mes	año

 Hora de recepción del usuario(a) afectado(a)

horas	minutos

Motivo de atención médica _____

Diagnóstico(s) _____

Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____

Plan:

a) Farmacoterapia _____

b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____

c) Canalización _____ Referencia _____

Seguimiento del caso:

Area de trabajo social _____

Area de psicología _____

Area de medicina preventiva _____

Area de asistencia social _____

Pronóstico _____

Notificación

Fecha

día	mes	año	

Agencia del Ministerio Público

Presidencia Municipal

Jurisdicción Sanitaria

Nombre _____ y cargo del receptor _____

No. y nombre de Agencia del Ministerio Público. _____

Otra Instancia Especificar _____

Otra Instancia Especificar _____

Médico Notificante: Nombre _____ Firma _____