

**REGISTRO DE ATENCION EN CASO DE VIOLENCIA FAMILIAR
(APENDICE INFORMATIVO 2)**

Folio

UNIDAD MEDICA
NOMBRE: _____ INSTITUCION: _____

LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____ ENTIDAD: _____

U S U A R I O A D O (A)	1. NOMBRE		3. EDAD	4. SEXO <input type="checkbox"/>	6. DERECHOHABIENTIA <input type="checkbox"/>		
	Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)		<input type="text"/> años	1. Masculino 2. Femenino 3. Embarzada	1. IMSS 3. PEMEX 5. SECMAR	2. ISSSTE 4. SEDENA 6. OTRO	7. NO
	2. CURP <input type="text"/>						
6. DOMICILIO							
Calle		Número exterior	Número Interior	Barrio o colonia		Código postal	
Localidad		Municipio			Entidad Federativa		

E V E N O	1. FECHA DE OCURRENCIA		4. DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO		6. SITIO DE OCURRENCIA	7. CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves 5. Viernes 6. Sábado 7. Domingo			
	2. TIPO DE VIOLENCIA <input type="checkbox"/>		5. FUE EN DIA FESTIVO <input type="checkbox"/>			
1. Física 2. Sexual 3. Psicológica 4. Abandono		1. Si 2. No		1. Hogar 2. Escuela 3. Recreación y deporte Via pública: 4. Transporte público 5. Automóvil particular 6. Otro _____ Especificar		
3. PREVALENCIA <input type="checkbox"/>		8. CONSECUENCIA RESULTANTE		9. AGENTE DE LA LESION <input type="checkbox"/>		10. LUGAR DEL CUERPO AFECTADO PRINCIPALMENTE
1. Primera vez 2. Reincidencia		1. Confusión 2. Luxación 3. Fractura 4. Herida 5. Asfixia mecánica 6. Ahogamiento por Inmersión 7. Quemadura 8. Abuso Sexual 9. Aborto 10. Otra física 11. Sólo alteración psicológica 12. Trastorno psiquiátrico		1. Fuego, flama, sustancia caliente 2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas 3. Objeto punzocortante 4. Objeto contundente 5. Golpe contra piso o pared 6. Pie o mano 7. Arma de fuego 8. Amenaza y violencia verbal 9. Múltiple 10. Otro 11. Se ignora		1. Cabeza o cuello 2. Cara 3. Brazos y manos 4. Tórax 5. Columna vertebral 6. Abdomen y/o pelvis 7. Espalda y/o glúteos 8. Piernas y/o pies 9. Area genital 10. Múltiple
						11. GRAVEDAD DE LA LESION
						1. Leve 2. Moderado 3. Grave

P A R G O R B E A S B O L R E	1. SE IGNORA <input type="checkbox"/>	2. EDAD	3. SEXO <input type="checkbox"/>	4. PARENTESCO <input type="checkbox"/>		
		<input type="text"/> años	1. Masculino 2. Femenino	1. Padre 4. Madrastra 7. Novio o pareja eventual	2. Madre 5. Cónyuge 9. Otro	3. Padrastro 6. Otro pariente

A T E N C I O N	1. FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		3. ATENCIONES OTORGADAS <input type="checkbox"/>		6. DESTINO DESPUES DE LA ATENCION <input type="checkbox"/>
	día mes año		1. Tratamiento médico 2. Tratamiento quirúrgico 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico 4. Otro		
	HORA <input type="text"/> <input type="text"/>		4. AVISO AL MINISTERIO PUBLICO <input type="checkbox"/>		
	horas minutos		1. Si 2. NO		
2. SERVICIOS DE ATENCION <input type="checkbox"/>				5. Unidad de asistencia social 6. Defunción 7. Otro	
1. Consulta externa 2. Urgencias 3. Hospitalización 4. Otros servicios.					

NOTIFICACION FECHA
 día mes año

NOTIFICANTE: NOMBRE _____ FIRMA _____