

EXPEDIENTE ÚNICO DE ATENCIÓN.

Fecha: _____ Hora: _____ Folio: _____
Folio BANAVIM: _____

1.- Información personal:

Nombre: _____ Seudónimo: _____

Sexo:

Mujer	Hombre	Intersexual	
-------	--------	-------------	--

Fecha de nacimiento: _____ Estado dónde nació: _____

Identidad / Orientación sexo-afectiva: _____

Domicilio actual (calle y número): _____ Colonia: _____

CP: _____ Municipio: _____ Estado: _____ Nacionalidad: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Otro: _____

2.- ¿Presenta la persona alguna emergencia?

No _____ Sí _____ ¿Cuál/es?: _____

3.- ¿Cuál es la causa o motivo por el que acude a los servicios?

4.- Información sociodemográfica:

Edad: _____ Escolaridad: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

Servicios médicos: _____ Ingreso mensual \$: _____ Ingreso principal: _____

Tipo de vivienda: Propia: _____ Renta: _____ Prestada: _____ Compartida: _____
Discapacidad(es): No _____ Sí _____ ¿Cuál/es? _____

¿Vive violencias por presentar discapacidad? No _____ Sí _____
¿Presenta alguna discapacidad a consecuencia de la violencia? No _____ Sí _____
¿Cuál/es? _____

¿Pertenece a algún grupo de origen étnico o racial? No _____ Sí _____ ¿Cuál? _____

¿Habla alguna lengua indígena? No _____ Sí _____ ¿cuál/es? _____

¿Habla lengua de señas? No _____ Sí _____
¿Habla alguna lengua extranjera? No _____ Sí _____ ¿Cuál/es? _____

¿Es migrante/transmigrante? No _____ Sí _____ Precise lugar _____

¿Está en período de gestación? No _____ Sí _____ Meses de gestación: _____

¿Consuma alguna droga? No _____ Sí _____ ¿Cuáles?
Alcohol __; Marihuana __; Depresores del sistema nervioso central (benzos) __; Cocaína (crack) __;
GHB __; Alucinógenos __; Heroína __; Inhalantes __; Ketamina __; LSD (ácidos) __; Tabaco __;
PCP (ángel dust) __; MDMA (éxtasis) __; Mescalina (peyote) __; Metanfetamina (cristal/meth) __;

"La presente información tiene el CARÁCTER DE CONFIDENCIAL. PERIODO INDEFINIDO, de conformidad al Artículo 21 de la Ley de Transparencia e Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios."

Medicamentos de venta libre-Dextrometorfano (DXM) __; Medicamentos de venta libre __; Loperamida __; Opioides con receta médica (oxy/percs) __; Estimulantes con receta médica __;

Esteroides (anabólicos) __; Cannabinoides sintéticos (K2/spice) __; Catinonas sintéticas __;

¿Desde hace cuánto tiempo? _____

¿Presenta algún estado de abstinencia? No ___ Sí ___ ¿De qué tipo? _____

¿Presenta alguna enfermedad crónico-degenerativa? No ___ Sí ___

Mencione _____

cual

¿Está registrada en algún programa social? No ___ Sí ___

¿Cuál/es? _____

5.- Información de las hijas e hijos:

Sexo	Nombre completo	Edad	Escolaridad	¿Presenta alguna discapacidad? ¿Cuál/es?	Ocupación

5.1.- Dependientes:

Sexo	Nombre completo	Edad	Escolaridad	¿Presenta alguna discapacidad? ¿Cuál/es?	Ocupación

6.- Motivo de atención/último episodio de violencias:

Más de 1 mes menor a 3 meses: ___; Más de 3 meses menor a 6 meses: ___ Más de 6 meses y menos de 1 año: ___ otro

Descripción del hecho _____

6.1 Antecedentes de Violencias:

Temporalidad. _____

Descripción del hecho _____

7.- ¿Quién ejerce las violencias?

Esposo () Pareja () Expareja () Concubino () Cónyuge ()
 Hijo () Hija () Padre () Madre () Hermana () Hermano ()
 Desconocido () Otro: _____

Tipos de violencias:

Psicológica: _____ Física: _____ Económica: _____ Patrimonial: _____ Sexual: _____
 Digital: _____

Modalidad (es):

Familiar: _____ Laboral: _____ Docente: _____ Institucional: _____
 Comunitaria: _____
 Femenicida: _____ Política de género: _____ En el Noviazgo: _____
 (Nota: explicar el ciclo de la violencia, los tipos y modalidades)¹

8.- Tipo de aplicación de instrumento para valoración de riesgo

8.1 Cédula (CRUA): _____ 8.1.2 Valoración de riesgo: _____ 8.2 Violentómetro²: _____

9.- Nivel de riesgo detectado:

Variable (verde): _____ Mayor Peligro (amarillo): _____ Severo (rojo): _____ Extremo (morado): _____

9.1.- Plan de seguridad para la usuaria otorgado:

10.- Lesiones:

Presenta lesiones	No	Sí	¿Cuáles?	¿Requiere de parte médico?	No	Sí	¿Cuenta con parte médico?	No	Sí (de qué fecha)

11.- Información del generador de violencia:

Nombre: _____ Alias _____
 Domicilio (calle y número): _____ Col.: _____ Mpio.: _____
 C. P.: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____ Lugar de trabajo: _____
 Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Otro/trabajo: _____
 Posesión de armas: No _____ Sí _____ ¿De qué tipo? _____
 Consumo de drogas: No _____ Sí _____ ¿De qué tipo? _____
 Pertenece o tiene nexos con el crimen organizado: _____
 Amistades o contacto con el C. O.: _____

¹ De conformidad a lo establecido con la "Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del estado de Jalisco"
² <https://www.ipn.mx/genero/materialesdeapoyo/violentometro.html>

Señas particulares para identificación:

12.- Información de las redes de apoyo:

Nombre: _____
 Edad: _____ Escolaridad: _____ Domicilio (calle y número): _____
 _____ C. P.: _____ Col.: _____ Mpio.: _____
 Teléfono(s) fijo: _____
 Teléfono(s) móvil: _____ Tipo de apoyo: _____

Relación o parentesco: _____

Nombre: _____
 Edad: _____ Escolaridad: _____ Domicilio (calle y número): _____
 _____ C. P.: _____ Col.: _____ Mpio.: _____
 Teléfono(s) fijo: _____
 Teléfono(s) móvil: _____ Tipo de apoyo: _____

Relación o parentesco: _____

13.-Psicología:

¿La usuaria presenta ideación suicida? No _____ Sí _____
 ¿Presenta intentos de suicidio? No _____ Sí _____ No.
 Intentos/descripción breve: _____

¿Ha recibido tratamiento psicológico? No _____ Sí _____ ¿En dónde? _____
 ¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico? No _____ Sí _____ ¿En dónde? _____

13.1.- Características de comportamiento identificadas, derivadas de las situaciones de violencia:

Cognitivas _____ Emocionales _____ Conductuales _____
 Descripción: _____

14.-Jurídico:

Tipo de asesoría: Familiar: _____ Penal: _____ Civil: _____ Laboral: _____ Mercantil: _____
 Agrario: _____ DDHH.: _____ Otra: _____
 ¿Cuenta con algún trámite en proceso? No _____ Sí _____ ¿En dónde? _____

No. de Expediente: _____ No. de Carpeta Administrativa: _____
 Juzgado/os: _____

Número de Carpeta Investigación/Averiguación Previa: _____ ¿Cuenta con copias? _____
 ¿Cuenta con medidas de protección/órdenes?: _____
 Tipo de medida/ orden de protección: _____

Vigencia: _____
 Se identifica que requiere medidas. No _____ Sí (¿por qué?) _____

15.-Servicio proporcionado:

Trabajo social () Jurídico () Psicológico () Psicología de niñez y adolescencias ()
 Consejería () Acompañamiento () Traslado ()
 Otro () Especifique: _____

¿Quién/es? _____

16.-Canalización o referencia:

Interna: (Área o servicio) _____

Externa: (Nombre de la o las instituciones) _____

¿Cómo se enteró del servicio? _____

Observaciones: _____

Nombre y firma de la persona que recibe el servicio. (Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada fue emitida por la suscrita)	Huella

Trabajo Social	Psicología	Jurídico

(Nombre y firma de quien/es brindaron la orientación/atención y número de Cédula Profesional)

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LA PERSONA TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

Con mi firma manifiesto haber leído y estar de acuerdo con el aviso de privacidad de la Secretaría de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres, por lo tanto, doy mi consentimiento "**expreso y por escrito**" para el tratamiento y transferencias de mis datos personales sensibles, así como mis datos financieros o patrimoniales y procedimientos administrativos y jurisdiccionales.

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____