



ENTREVISTA INICIAL

Folio Baesvim Usuaría:
Folio Baesvim hecho de violencia:
Folio Banavim:

Entidad	Municipio	Hora	Fecha	Violencia	Folio IQM:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA USUARIA

Nombre:		
Curp:	Edad:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
Fecha de nacimiento:	Lugar/Estado de nacimiento:	País de nacimiento:
Estado civil:	Régimen: <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de Bienes <input type="checkbox"/> Desconoce	
Si es unión libre, desde que año:	País de Residencia:	Nacionalidad:
Domicilio; Entidad/Estado:	Delegación:	Municipio:
Colonia:	Localidad:	Calle:
Numero exterior y/o interior:		Teléfono celular:
Contacto de emergencia (nombre/teléfono):		
Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Propiedad de un familiar <input type="checkbox"/> Prestada (comodato) <input type="checkbox"/> Posesión irregular		
Escolaridad:	¿Sabe Leer?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sabe escribir?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pertenece a un grupo étnico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hablante Lengua Indígena: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre lengua indígena:
Embarazada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Meses:	Núm. de Hijos:	Edades:
¿Con quién vive? <input type="checkbox"/> pareja padre hijos <input type="checkbox"/> sola <input type="checkbox"/> hijos (as) <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> otros parientes <input type="checkbox"/> otros miembros <input type="checkbox"/> pareja no padre de hijos		
Actividad:	Ocupación u oficio:	Ingresos mensuales:
Fuente de Ingresos		Tiene dependientes económicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Padece alguna enfermedad crónica/ degenerativa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuál?
Consume algún tipo de medicamento controlado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuál?
¿Consume alcohol o algún tipo de droga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuál?
¿Alguna Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de discapacidad:
Si es otra discapacidad, ¿cual?		
Ha estado en algún tratamiento psicológico/psiquiátrico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuál?: <input type="checkbox"/> psicológico <input type="checkbox"/> psiquiátrico <input type="checkbox"/> Ambos
Servicios médicos con que cuenta: <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> INSABI <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> MILITAR <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?		
Nivel socioeconómico:		¿Cómo se enteró del servicio?
Zona demográfica:	¿Es migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Calidad Migratoria:
Estatus migratorio:	Es Servidor/a Público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es servidor/a publica/a Institución en la que labora:
Dio inicio a carpeta de investigación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo ¿por qué delito?:
Número de Carpeta de investigación:		

DATOS SOBRE LA VIOLENCIA

Lugar de ocurrencia: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Centro de trabajo <input type="checkbox"/> Espacio Público <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Trans. Público <input type="checkbox"/> Trans. Privado <input type="checkbox"/> Trans. Foráneo <input type="checkbox"/> se desconoce <input type="checkbox"/> Otro Especificar:		
Inicio de la violencia (año):	Fecha última agresión:	Hora de los hechos:
Frecuencia:	Lugar de hechos:	Violencia en el noviazgo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presenta lesión/afección: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica	Lesión o daño físico:	Agente de la Lesión Física:
Si el agente es otro, ¿cual?:	Tipo daño Psicológico: SIN DATO	Si el daño psicológico es otro, ¿cual?
Violencia de Género: <input type="checkbox"/> Discriminación Por Ser Mujer <input type="checkbox"/> Lenguaje Sexista <input type="checkbox"/> Femicidio <input type="checkbox"/> Otro:		
Victima de Delincuencia Organizada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Victima de Trata: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

País de los hechos:	Entidad Federativa:
----------------------------	----------------------------



Municipio:	Localidad:	Calle:
Numero:	Colonia:	Relación con el agresor/a:
Parentesco con el agresor/a:		Lugar de coincidencia con la víctima:
Durante la agresión estaba bajo los efectos de: <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Ambas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> No Sabe		
Tipo de droga:	¿Consume de manera cotidiana? <input type="checkbox"/>? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce	¿Posee o tiene algún tipo de arma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
¿Cuál arma?	Porta dicha arma <input type="checkbox"/>? Sí <input type="checkbox"/> No	¿Puede tener acceso a un arma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
Estado civil de la víctima al momento de la violencia:		¿El/la agresor/a es la última pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tipo: <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Política <input type="checkbox"/> Simbólica
Modalidad: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Comunitaria <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Femicidio <input type="checkbox"/> Hostigamiento Sexual <input type="checkbox"/> Acoso Sexual <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Del Noviazgo <input type="checkbox"/> Mediática <input type="checkbox"/> Digital
Nivel de Riesgo: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Sin riesgo

DATOS DE RED DE APOYO

Cuenta con el apoyo de alguien: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	De quién:
Tipo de apoyo: <input type="checkbox"/> Moral <input type="checkbox"/> Económico <input type="checkbox"/> Cuidado de los/as niños/as <input type="checkbox"/> Alojamiento	
Nombre de la red de apoyo:	Teléfono de la red de apoyo:
Se detecta la necesidad de solicitar alguna medida urgente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo a la anterior, ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Medidas Cautelares en materia familiar <input type="checkbox"/> Medidas de protección en materia penal	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AGRESOR/A

NOMBRE:		Apodo/Alias:
Edad:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Estado civil:
Fecha de nacimiento:	País de nacimiento:	País de residencia:
Nacionalidad:	¿es el mismo domicilio de la víctima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entidad:
Delegación/Municipio:	Comunidad/Localidad:	calle:
Numero:	Colonia:	
Tipo de vivienda donde vive: <input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Propiedad de algún familiar <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Posesión irregular <input type="checkbox"/> Desconoce		
Escolaridad	¿Sabe Leer?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sabe escribir?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pertenece a algún grupo étnico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hablante de Lengua Indígena: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?
Actividad:	Ocupación/oficio:	Ingresos mensuales:
Discapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de discapacidad:	
Servicios médicos con que cuenta: <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> INSABI <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> MILITAR <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? _____		
Antecedentes Penales: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Delito:	Tipo de agresor:
Puede identificar al agresor: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Es migrante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Calidad Migratoria:
Estatus migratorio :	Es Servidor/a Público?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo lugar de trabajo):	

OTROS DATOS

¿Candidata a refugio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ingresa a refugio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si ingresa a refugio, es por voluntad propia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Beneficiaria de programas sociales: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles?	¿Candidata a servicios de gestión y empoderamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Servicio identificado en gestión y empoderamiento:	¿otro?	¿la usuaria acepta que se le contacte?
Tipo de Apoyo Requerido: <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Psicología Infantil <input type="checkbox"/> Trabajo social <input type="checkbox"/> Información General		
Otro:		



Requiere algún servicio médico inmediato: Si No