



## ENTREVISTA INICIAL

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

Entidad	Municipio	Hora	Fecha	Violencia	Folio:

### 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:	Núm. de Hijas 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?	
Consumo algún tipo de medicamento controlado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?	
¿Consumo 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		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/afectación: <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:	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:		
Víctima de Delincuencia Organizada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Víctima 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		



<b>Tipo de droga:</b>	<b>¿Consumo de manera cotidiana?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce	<b>¿Posee o tiene algún tipo de arma?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
<b>¿Cuál arma?</b>	<b>Porta dicha arma</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Puede tener acceso a un arma?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
<b>Estado civil de la víctima al momento de la violencia:</b>		<b>¿El/la agresor/a es la última pareja?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Tipo:</b> <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Política <input type="checkbox"/> Simbólica
<b>Modalidad:</b> <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
<b>Nivel de Riesgo:</b> <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Sin riesgo

**DATOS DE RED DE APOYO**

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

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AGRESOR/A**

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

**OTROS DATOS**

<b>¿Candidata a refugio?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Ingresa a refugio?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Si ingresa a refugio, es por voluntad propia:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Beneficiaria de programas sociales:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Cuáles?</b>	<b>¿Candidata a servicios de gestión y empoderamiento?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Servicio identificado en gestión y empoderamiento:</b>	<b>¿otro?</b>	<b>¿la usuaria acepta que se le contacte?</b>
<b>Tipo de Apoyo Requerido:</b> <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 <b>Otro:</b>		
<b>Requiere algún servicio médico inmediato:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**NARRACIÓN DE LOS HECHOS**

**ANTECEDENTES VICTÍMALES:**



**ULTIMO HECHO DE VIOLENCIA:**

**CONCLUSIÓN:**

SE DERIVA AL ÁREA DE \_\_\_\_\_ EN EL MOMENTO.

DE IGUAL MANERA SE LE DA CITA EN PSICOLOGÍA EL DIA \_\_\_\_\_.

LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO A LEY GENERAL DE ACCESO A LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA COMO ARTÍCULOS 4 DE PRINCIPIOS RECTORES PARA ACCESO A TODA MUJER A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA, 27, 28 ORDENES DE PROTECCION Y DEMÁS APLICABLES. LEY ESTATAL DE ACCESO A LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA COMO EL ARTÍCULO 37 CORRESPONDE AL IQM, FRACCION VII BRINDAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y ASESORÍA LEGAL A LAS MUJERES EN RIESGO O RECEPTORAS DE VIOLENCIA; FRACCION XIII PROPORCIONAR REPRESENTACIÓN LEGAL A MUJERES QUE MANIFIESTEN SER RECEPTORAS DE VIOLENCIA FAMILIAR, QUE SE ENCUENTREN EN SITUACIÓN DE RIESGO, VULNERABILIDAD ECONÓMICA Y NO CUENTEN CON LA POSIBILIDAD DE PAGAR POR ESTOS SERVICIOS JURÍDICOS A PROFESIONALES DEL DERECHO DEL EJERCICIO PRIVADO; ARTÍCULOS 48, 49, 50 SOBRE MEDIDAS DE PROTECCION, Y DEMÁS APLICABLES. CONVENCION DE BELEM DO PARA CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, EN SUS ARTICULOS 1, 2, 3, 4, EN EL INCISO F DE SU ARTÍCULO 7, ESTABLECE QUE LOS ESTADOS PARTES CONDENAN TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, RECONOCIMIENTO DEL RESPETO A LOS DERECHO HUMANOS, LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER CONSTITUYE VIOLACION A LOS DERECHOS HUMANOS Y LIBERTADAS FUNDAMENTALES, Y DEMAS ARTICULOS APLICABLES. CEDAW, CONVENCION SOBRE LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACION CONTRA LA MUJER (CEDAW), EN SUS ARTICULOS 1,2, EN SU ARTÍCULO 3 QUE LOS ESTADOS PARTES TOMARÁN EN TODAS LAS ESFERAS, Y EN PARTICULAR EN LAS POLÍTICA, SOCIAL, ECONÓMICA Y CULTURAL, TODAS LAS MEDIDAS APROPIADAS, INCLUSO DE CARÁCTER LEGISLATIVO, PARA ASEGURAR EL PLENO DESARROLLO Y ADELANTO DE LA MUJER, CON EL OBJETO DE GARANTIZARLE EL EJERCICIO Y EL GOCE DE SUS DERECHOS HUMANOS Y LIBERTADES FUNDAMENTALES EN IGUALDAD DE CONDICIONES CON EL HOMBRE, ARTICULOS 16 Y 18 Y DEMAS APLICABLES.

Realizó entrevista: (nombre completo y firma)	Firma o Huella de entrevistada/o: (nombre completo y firma)
--------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Aviso de Privacidad: El Instituto Municipal de las Mujeres de Huimilpan (IMMH), es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione. Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades: a) crear u perfil detectando sus necesidades en materia jurídica; b) establecer un plan de asesoramiento y acompañamiento, de ser necesario c) Establecer comunicación para dar seguimiento; y d) Generar estadísticas para informes obligatorios del Instituto ante otros organismos públicos o privados De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención: a) Envío de material de apoyo; y, b) Agendar futuras citas. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo en el correo electrónico contacto@institutoqueteranodelasmujeres.gob.mx. Para mayor información puede acceder al aviso de privacidad integral de cursos o eventos a través de <http://institutoqueteranodelasmujeres.gob.mx>, en la sección de Avisos de Privacidad.