

FICHA DE INGRESO

No. de expediente: _____
Fecha: _____

Unidad de Atención a la Violencia Intrafamiliar

DATOS GENERALES

Nombre : _____	fecha de nacimiento _____
Edad: _____ Sexo _____ c.p _____	entre que calles _____
Domicilio: _____ Colonia _____	
Población: _____ Municipio _____	
Estado Civil _____ Observaciones _____	
Régimen Matrimonial: _____ Teléfono part.: _____	
Teléfono Trabajo: _____ Escolaridad _____	
Ocupación: _____ Empresa: _____	

HIJOS	EDAD Y SEXO		ESCOLARIDA D	OCUPACIÓN
	F	M		
NOMBRE				

IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL/A GENERADOR/A

Nombre : _____	apodo: _____	Edad: _____	Sexo _____
Domicilio: _____		Colonia _____	
Población: _____		Municipio _____	
Estado Civil _____ Observaciones _____			
Régimen Matrimonial: _____		Teléfono part.: _____	
Teléfono Trabajo: _____		Escolaridad _____	
Ocupación: _____		Empresa: _____	

ANTECEDENTES DE VIOLENCIA EN LA FAMILIA

Generador/a _____

Receptor/a _____

Hubo violencia durante el noviazgo: _____

SALUD FÍSICA, PSICOLÓGICA, TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN DE LA ENTREVISTADA, SU PAREJA Y LOS HIJOS

¿Practica algún deporte? Si _____ No _____

¿Cual? _____

Cuáles son las enfermedades que padece con mayor frecuencia _____

¿Padece alguna enfermedad crónica? Si _____ No _____ ¿Cual? _____

¿Ha estado algún miembro de su familia en tratamiento psiquiátrico?

Si _____ No _____ ¿Qué tipo? _____

¿Qué tipo de medicamentos les han suministrado?

ADICCIONES DE LA MUJER, EL HOMBRE Y LOS HIJOS

¿ Algún integrante de la familia es adicto a las drogas?

Si _____ No _____ ¿Quién? _____

¿ En caso de ser afirmativo desde hace aproximadamente cuanto tiempo?

¿ Han acudido a solicitar algún tipo de ayuda a algún centro?

RELIGIÓN QUE PROFESAN:

Receptor/a _____ Generador/a _____

Hijos/as _____

SEXUALIDAD DE LA ENTREVISTADA Y DE SU COMPAÑERO

Frecuencia de las relaciones sexuales:

() diario () cada semana () cada 2 semanas () cada mes o mas

¿ Utilizan métodos anticonceptivos? () si () no

¿Cuál? _____

¿Quién? () el () ella () ambos

INCIDENTES REGISTRADOS

Primer incidente (Fecha: día, mes y año) _____

Tipo de violencia _____

Uso de Armas u objetos _____

Atención Médica o Psicológica _____

Parte de lesiones _____

Denuncia del incidente _____

Peor

incidente(Fecha) _____

Tipo de violencia _____

Uso de Armas u objetos _____

Atención Médica o Psicológica _____

Parte de lesiones _____

Denuncia del incidente _____

Ultimo incidente (Fecha) _____

Tipo de violencia _____

Uso de Armas u objetos _____

Atención Médica o Psicológica _____

Parte de lesiones _____

Denuncia del incidente _____

FRECUENCIA DE LOS EPISODIOS DE VIOLENCIA

Por semana () Por Quincena () Por mes () Por año ()

¿La/o agrede delante de sus hijas/os? Si _____ No _____

¿Qué hacen ellos/as? _____

¿La ha golpeado cuando está embarazada? Si _____ No _____ ¿Cuántas veces? _____
¿Ha tenido como consecuencia de los golpes un aborto? Si _____ No _____
¿La ha inducido a provocarse algún aborto? Si _____ No _____

Además ejerce violencia hacia:

Otras personas _____ Animales _____ Objetos _____ Otro _____

Descripción de un hecho _____

¿Habló de su problema con alguien? (familia, amigos, vecinos, religiosos, profesionales, compañeros de trabajo, etc.) Si _____ No _____

Si la respuesta es negativa ¿Cómo lo oculta? _____

¿Para qué lo oculta? _____

¿Alguna vez ha sido detenido/a por la Policía su esposo/a? Si _____ No _____

¿Que sucedió? _____

¿Ha estado en proceso judicial? Si _____ No _____

¿Qué delito cometió? _____

¿Qué tipo de revistas y/o películas ve su esposo/a?

¿Sus hijos/as sufren de maltrato? Si _____ No _____ ¿Quién lo ejerce? _____

¿Sus hijos/as lo/a maltratan? Si _____ No _____ Tipo de violencia _____

¿Alguien de su familia ha intentado suicidarse? Si _____ No _____

¿Quién? _____

¿Se ha separado de su pareja? Si _____ No _____

¿Piensa separarse? Si _____ No _____

¿Cree poder sostenerse económicamente con sus hijos?

Si _____ No _____

DIAGNÓSTICO PRELIMINAR

PLAN SOCIAL

OBSERVACIONES

ENTREVISTADOR

USUARIO DEL SERVICIO