



**Tlalnepantla**  
de Baz 2022 - 2024  
Nuevo Gobierno, Nuevas Ideas

# Gaceta Municipal

**Jueves 24 de octubre de 2024**

**Número 38 (Octava Sección)**

**Volumen 3**

Órgano Oficial del Ayuntamiento  
de Tlalnepantla de Baz

*"2024. Año del Bicentenario de la Erección del Estado Libre y Soberano de México".*

---

## Sumario

Manual de Procedimientos del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia:

- Dirección del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres.

---

**C. Marco Antonio Rodríguez Hurtado, Presidente Municipal Constitucional de Tlalnepantla de Baz, Estado de México, en ejercicio de las atribuciones que le confieren los artículos 48 fracción III, 86 y 91 fracciones VIII y XIII de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México, a sus habitantes hace saber:**



M. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL DE  
TLALNEPANTLA DE BAZ  
2022-2024



 **DIF**



**TLALNEPANTLA DE BAZ**

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS





EL AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL DE  
TLALNEPANTLA DE 1942  
2023-2024



# DIRECCIÓN DEL CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LAS MUJERES

3  
T



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



© Derechos reservados.

**Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.**

**Av. Convento de Santa Mónica s/n esq. Convento de San Fernando, Fraccionamiento Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, C.P. 54050.  
(55) 5361 2115.**



**Dirección del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres**

**Actualización.  
Septiembre de 2024.**

**Impreso y hecho en Tlalnepantla de Baz, Estado de México.**

**La reproducción total o parcial de este documento se autorizará, siempre y cuando se dé el crédito correspondiente.**



## ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN .....	1
2. LISTADO DE PROCEDIMIENTOS.....	2
3. DIRECCIÓN DEL CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LAS MUJERES (CEDEIM) .....	3
4. VALIDACIÓN DEL MANUAL .....	306
5. DIRECTORIO .....	307



## 1. PRESENTACIÓN

De conformidad con lo establecido en los artículos 31, fracción I de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México; 15 BIS de la Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal, denominados “Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia”; y 11 y 35, fracción XV del Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF) de Tlalnepantla de Baz, Estado de México; se realizó la integración de los Manuales de Procedimientos de las diversas dependencias que conforman la Estructura Orgánica de este Organismo para la administración 2022 – 2024.

El Manual de Procedimientos tiene como finalidad principal, el establecer los criterios jurídico-administrativos de los procesos y procedimientos que realiza la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres del SMDIF y, con ello, regular, optimizar y eficientar la Gestión Pública Municipal.

De igual manera, este instrumento normativo, servirá tanto de orientación, capacitación e inducción para las personas servidoras públicas de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres, como de consulta para la ciudadanía en general o para otras instancias gubernamentales.

El presente documento se compone de los principales procedimientos de carácter adjetivo o sustantivo que las unidades administrativas del SMDIF realizan en el marco de su actuación; describiendo a detalle las actividades, las políticas y el nivel de interacción de cada una de las áreas adscritas a esta dependencia.

El contenido de este Manual deberá revisarse periódicamente de manera anual, respecto a la fecha de aprobación de la Junta de Gobierno del SMDIF, o bien, cada vez que se efectúe una modificación a la normatividad vigente, propiciando en todo momento, la simplificación, el mejoramiento y el enriquecimiento del mismo.



## 2. LISTADO DE PROCEDIMIENTOS

### Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM)

1. Brindar Atención Multidisciplinaria a Mujeres Víctimas de Violencia, sus Hijas e Hijos.
2. Brindar Refugio, Protección y Acompañamiento Integral Especializado a Mujeres Víctimas de Violencia Extrema, sus Hijas e Hijos

### 3. DIRECCIÓN DEL CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LAS MUJERES (CEDEIM)

UNIDAD ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN DEL CEDEIM
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	BRINDAR REFUGIO, PROTECCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL ESPECIALIZADO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EXTREMA, SUS HIJAS E HIJOS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/MP/DCEDEIM/001

#### ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS

## ➤ OBJETIVO

Proporcionar a atención integral multidisciplinaria a mujeres víctimas de violencia sus hijas e hijos cuando así lo soliciten, desde la perspectiva de género, derechos humanos e interés superior de las infancias y de acuerdo a sus características y/o necesidades.

## ➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, Estado de México a las personas servidoras públicas y personas prestadoras de servicios profesionales que se encuentran adscritas a esta Dirección; así como a las Mujeres Víctimas de Violencia, sus Hijas e Hijos.

## ➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

### Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Declaración y Plataforma de Acción Beijing.
- ◆ Convención sobre todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW).
- ◆ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994).
- ◆ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- ◆ Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- ◆ Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- ◆ Ley del Instituto Nacional de las Mujeres.
- ◆ Código Nacional de Procedimientos Penales.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- ◆ Modelo de Atención en Refugios para Mujeres Víctimas de Violencia y sus hijas e hijos.

### Estatal:

- ◆ Ley de Igualdad de Trato y Oportunidades entre Mujeres y Hombres del Estado de México.
- ◆ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México
- ◆ Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal denominados “Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia”.
- ◆ Código Penal para el Estado de México.
- ◆ Código Civil del Estado de México.

## Municipal

- ♦ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

### ➤ RESPONSABILIDADES

#### **Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM);**

##### **deberá:**

Dirigir, coordinar, administrar y supervisar los recursos humanos, materiales, económicos y equipamiento de la Dirección del CEDEIM.

Supervisar la orientación, asistencia profesional y especializada de calidad y con calidez a mujeres víctimas de violencia que así lo soliciten.

Supervisar que se proporcione a las mujeres víctimas de violencia extrema, sus hijas e hijos cuando así lo soliciten atención integral especializada desde la perspectiva de género, derechos humanos y una doctrina integral de los derechos de la infancia, de acuerdo la “Modelo de Atención en Refugios para Mujeres Víctimas de Violencia y sus Hijas e Hijos” del Instituto Nacional de las Mujeres y el modelo propio.

Supervisar que las mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos, cuenten con el equipo profesional necesario como lo refiere el “Modelo de Atención en Refugios para Mujeres Víctimas de Violencia y sus Hijas e Hijos”, del Instituto Nacional de las Mujeres y el modelo propio, debiendo constituir el equipo multidisciplinario.

#### **Personal del “Centro Externo de Atención (C.E.A.) del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres”:**

##### **Encargada (o) del C.E.A; deberá:**

Promover los lineamientos y protocolos para brindar a tención integral especializada a mujeres víctimas de violencia extrema, sus hijas e hijos.

Coordinar que el equipo multidisciplinario brinde atención desde una perspectiva de género y derechos humanos atendiendo de manera puntual los ejes rectores del respeto, responsabilidad, honestidad y ética profesional que marca el “Modelo de Atención en Refugio para Mujeres Víctimas de Violencia y sus Hijas e Hijos”

Coordinar la canalización de mujeres víctimas de violencia sus hijas e hijos a refugios, siempre y cuando cumplan con el perfil de ingreso establecido por los refugios acorde a su modelo de atención

Supervisar por seis meses, el seguimiento brindado a mujeres, sus hijas e hijos que egresaron de Refugio

Supervisar el otorgamiento en la prestación de atención psicológica en el CEA para mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos, a través del acompañamiento terapéutico para reducir el deterioro y los trastornos emocionales causados por la violencia, en la modalidad individual, grupal, extendiéndose a las niñas y niños quienes se consideran sujetos de derechos.

Supervisar el otorgamiento de servicios jurídicos, representación y acompañamiento con el fin de garantizar a mujeres víctimas de la violencia de género, su derecho de acceso a la justicia, en caso de que deban llevar a cabo procedimientos judiciales de carácter civil, familiar y penal.

Supervisar las gestiones realizadas en temas escolares, trámites administrativos y demás que sean necesarios para la atención de las usuarias sus hijas e hijos.

Contar con un directorio actualizado de las instituciones municipales, estatales y federales que atiendan la violencia hacia las mujeres

#### **Trabajador (a) Social, deberá:**

Realizar la entrevista inicial; realizar la apertura y resguardo del expediente integral y el correspondiente a su área.

Brindar atención y orientación social a mujeres víctimas de violencia; realizar la aplicación de entrevista de trabajo social; elaborar el diagnóstico del caso de la usuaria; realizar el plan de acción en el proceso de atención; dar seguimiento al plan de acción de cada usuaria; y otorgar información sobre los servicios que brinda el C.E.A. y en su caso el refugio.

Realizar contacto con familiares para establecer redes de apoyo para las ex usuarias del refugio que faciliten su integración a la sociedad.

Dar seguimiento de casos de población abierta del C.E.A y a los casos a las usuarias, sus hijas e hijos (niñas, niños y adolescentes) egresados del refugio.

Realizar visitas domiciliarias a ex usuarias del Refugio; coordinar documentación y pertenencias de usuarias canalizadas a Refugio.

Apoyar el fortalecimiento y restablecimiento de redes de apoyo; implementar pláticas informativas; y realizar gestiones institucionales para recuperación de documentos personales.

Realizar gestiones institucionales en materia educativa, de salud y/o de empleo, y de programas sociales que se ofrecen a nivel federal, estatal y municipal.

Integrar cada uno de los expedientes; y hacer de conocimiento de las usuarias el avance o hallazgo de sus casos.

Presentarse a todas las reuniones del equipo multidisciplinario; realizar trámites de ingreso a Refugio y llenar los formatos correspondientes; así como elaborar un cronograma de seguimiento de casos de las mujeres egresadas del refugio, ya sea a través de vía telefónica, visitas domiciliarias o dentro de las oficinas del CEA durante un periodo de seis meses.

#### **Psicóloga (o) de Adultas, deberá:**

Realizar entrevista inicial; brindar contención o intervención en caso de crisis; aplicar valoración psicológica; y realizar la apertura del expediente de psicología.

Identificar factores de riesgo y vulnerabilidad de la usuaria; realizar diagnóstico del caso para el plan de trabajo; asimismo realizar la nota de evolución de cada consulta e integrar al expediente.

Realizar selección de técnicas, objetivo, y estrategias como tratamiento del plan de trabajo; proporcionar terapia individual y grupal a las usuarias; asignar tareas y actividades por sesión; y definir y dar seguimiento al proyecto de vida de las usuarias.

Realizar impresión diagnóstica para el ingreso de las usuarias del refugio; realizar el diagnóstico con base en la valoración; así como realizar un informe de cierre de caso.

#### **Psicóloga (o) Infantil, deberá:**

Atender la recepción de las niñas, niños y/o adolescentes; brindar contención o intervención en caso de crisis; aperturar el expediente de la niña, niño y/o adolescente; realizar diagnóstico del caso de la niña, niño y/o adolescente; establecer un diagnóstico con base en las pruebas aplicadas.

Realizar entrevista inicial para identificar la situación de violencia en la que se encuentra el menor; realizar la entrevista inicial con la madre; evaluar pruebas psicológicas a las niñas, niños y/o adolescentes; y establecer un plan de trabajo de intervención para las niñas, niños y/o adolescentes.

Explicar de manera clara a la niña, niño y/o adolescente qué es la violencia para que aprendan a reconocer e identificar; proporcionar herramientas para que no continúen en estado de indefensión y aprendan a poner límites, así como a regular sus emociones.

Brindar terapia familiar y grupal; y proporcionar pláticas informativas y talleres a la población en general, relacionadas con la prevención de la violencia en la infancia y en la adolescencia.

Acudir a la reunión del equipo de trabajo multidisciplinario; así como realizar el cierre del expediente.

#### **Abogada (o), deberá:**

Realizar la entrevista inicial; realizar la apertura del expediente correspondiente al área legal; evaluar el riesgo en coordinación con el equipo multidisciplinario; y dar a conocer a las usuarias los servicios que brinda el área legal.

Elaborar plan de seguridad; canalizar a la usuaria a las áreas de atención del CEA; e informar sobre los derechos de las mujeres para la atención en el CEA.

Explorar si existe proceso judicial y brindar asesoría; informar sobre posibles implicaciones legales y opciones de procedimientos legales; elaborar el plan de intervención para cada usuaria; y dar seguimiento de la evolución del caso a la usuaria.

Ofrecer representación y/o acompañamiento en caso de que la usuaria desee iniciar alguna acción en materia familiar y penal; representar y /o acompañar, en el proceso iniciado hasta la sentencia; elaborar notas de seguimiento de los procesos de las mujeres y notas de cierre de caso.

Explicar protocolo de actuación en los supuestos de abuso sexual infantil; informar sobre posibles implicaciones legales y opciones de procedimientos legales, así como hacer de conocimiento de la usuaria el inicio de la carpeta de investigación derivado del abuso sexual.

Ofrecer representación y/o acompañamiento al inicio de carpeta de investigación; y canalizar a instituciones especializadas para los casos que lo requieran; revisar si se ha iniciado algún procedimiento legal, para dar seguimiento y atención al caso; proporcionar acompañamiento y representación legal ante el Ministerio Público para la presentación de denuncia, así como la emisión de medidas de protección y seguridad de la usuaria, sus hijas e hijos; acompañar a la usuaria en las diferentes diligencias y citas durante su proceso legal; e informar a cada usuaria el estado que guardan sus procedimientos.

Brindar seguimiento de casos de las mujeres egresadas de refugio, ya sea por vía telefónica, o citas en el CEA, durante un periodo de seis meses.

Impartir pláticas con las usuarias del CEA sobre diferentes temas: controversia de violencia familiar, guarda y custodia, derechos humanos, pensión alimenticia, violencia, tipos de violencia, etc.; así como presentarse a todas las reuniones del equipo multidisciplinario.

### ➤ GLOSARIO

- **Casa de emergencia:** Centros que prestan protección a las mujeres víctimas de violencia de género, sus hijas e hijos. La acogida es inmediata y de corta estancia -de dos a tres días, según sea el caso-, mientras se estudia su situación y se localiza a su red social de apoyo o se planea su ingreso a un refugio. Cuentan con personal especializado multidisciplinario para dar atención durante las 24 horas los 365 días del año.
- **Casa de transición:** Espacios habitacionales temporales para las mujeres que egresan de un refugio y son usados cuando el riesgo se ha reducido lo suficiente, pero las víctimas carecen de una vivienda que les posibilite su adaptación a las actividades de la comunidad.
- **Centro Externo de Atención:** Espacio de atención que actúa en la prevención de nuevos sucesos violentos, en la atención a las secuelas y daños causados por la violencia, cuando esta no ha puesto en peligro la vida y/o se cuenta con redes de apoyo seguras; en la orientación y asesorías, así como en referencia de casos para la restauración de derechos y el acceso a la justicia, así como el ingreso y seguimiento a usuarias que egresan de Refugio-CEDEIM. Asimismo, realiza acciones para la prevención de la violencia como: talleres y pláticas de sensibilización en diferentes espacios comunitarios e instituciones, la población objetivo son mujeres, niñas, niños y adolescentes que viven una situación de violencia de género en su modalidad familiar.
- **Derechos humanos de las mujeres:** Los derechos humanos son atributos que forman parte de la dignidad Humana y se han incorporado como derechos porque forman parte de unos ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales. Constituyen prerrogativas de la persona que el Estado tiene la obligación de proteger. Se habla de derechos humanos de las mujeres, para destacar que aún existe una brecha entre la ley y el ejercicio de los derechos. Hablar de la especificidad de los derechos de las mujeres no supone reconocer distintos derechos de los que tiene los hombres, sino subrayar las condiciones necesarias para ejercerlos en igualdad.
- **Equipo multidisciplinario:** Es un conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, abocados a resolver un problema complejo. El cual se conforma en el caso del C.E.A. por la persona la persona encargada del Centro Externo de Atención, abogada, trabajadora social, psicóloga de mujeres adultas y psicóloga infantil.

- **Empoderamiento de las mujeres:** Es un proceso en el que las mujeres transitan de una situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión, a un estado de conciencia, autodeterminación y autonomía, que se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades.
- **Modelo de atención:** Es el documento que integra y expresa los requerimientos, infraestructura, organización, procesos y características necesarias para la atención de las mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos, dentro de los refugios de atención especializada.
- **Perspectiva de género:** Visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres, se propone eliminar las causas de opresión de género como la desigualdad y la injusticia de las personas basadas en el sexo. Promueve la igualdad entre los sexos a través de la equidad, adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde mujeres y hombres tengan el mismo valor.
- **Plan de seguridad:** Conjunto de acciones orientadas a prevenir un evento de violencia y/o a asegurar la integridad de la víctima y la de sus hijas e hijos.
- **Redes de apoyo:** Conjunto de relaciones interpersonales que hace posible la vinculación con personas del entorno y permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.
- **Refugio:** Espacio confidencial, seguro, temporal y gratuito, donde se prestan servicios especializados y atención integral a las víctimas de violencia (mujeres sus hijas e hijos), estas pueden permanecer hasta por tres meses. Su estadía tiene el propósito de romper con el ciclo de la violencia en que se encuentran inmersas y recuperen su autonomía en la toma de decisiones.
- **Usuaría:** Es la persona que pide informes para conocer los servicios y en su caso, ser atendido por un psicólogo o trabajador social.
- **Violencia contra las mujeres:** Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público.

#### ➤ ACRÓNIMOS

- **AMPEVFSyG:** Agencias del Ministerio Público Especializadas en Violencia Familiar, Sexual y de Género.
- **ANNAE:** Agencias del Ministerio Público para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes y Expósitos.
- **BANAVIM:** Banco Nacional de Datos de Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres.
- **CEDEIM:** Centro de Desarrollo Integral para la Mujer.
- **CEA:** Centro Externo de Atención.
- **CJM:** Centro de Justicia para las Mujeres.
- **CONAVIM:** Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.
- **INMUJERES:** Instituto Nacional de las Mujeres.

- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- **A.M.P.:** Agencia del Ministerio Público
- **PPNA:** Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.
- **SEGOB:** Secretaría de Gobernación.

➤ **INSUMOS**

- Formato de criterios de ingreso.
- Formatos de solicitud de ingreso institucional.
- Formatos de evaluación del equipo multidisciplinario.
- Formatos de seguimiento del equipo multidisciplinario.
- Formatos de egreso del equipo multidisciplinario.

➤ **RESULTADOS**

- Brindar atención integral especializada desde las perspectivas de género y derechos humanos y una doctrina integral especializada de los derechos de la infancia, en apego al “Modelo de Atención en Refugios para Mujeres Víctimas de Violencia sus Hijas e Hijos a través del Centro Externo de Atención y su canalización correspondiente.
- Salvaguardar la integridad física y emocional de las víctimas directas e indirectas de la violencia de género.
- Dotar de herramientas para el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones.

## ➤ POLÍTICAS

Las políticas para el “Centro Externo de Atención del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer”, serán las siguientes:

- La atención en el CEA se brindará a mujeres de 18 a 59 años víctimas de violencia sus hijas e hijos que así lo soliciten, y que previa valoración del grado de peligrosidad de su caso se determine por el equipo multidisciplinario pertinente recibir atención externa.
- Se solicitará información de índole personal como lo son nombre, edad y domicilio, de las usuarias sus hijas e hijos.
- La canalización a Refugio y Casa de Emergencia del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres se realizará con previo conocimiento de los y/o las responsables de estas instancias quienes tendrán la obligación de confinar en caso de no contar con espacio para nuevas susurras.
- La atención que brinda el CEA será de manera gratuita enfocada en favorecer el empoderamiento de las usuarias, así como al fomento de una vida libre de violencia.
- Los servicios proporcionados por el CEA son psicología para adultas, así como para sus hijas e hijos (menores de edad), asesoría y/o acompañamiento y representación jurídica y de trabajo social.
- En ningún caso el CEA promoverá o fomentará procedimiento alguno de mediación con los agresores.
- Los seguimientos de usuras que egresaron de refugio se darán por seis meses, en los servicios de psicología para adultas, así como para sus hijas e hijos (menores de edad), asesoría y/o acompañamiento y representación jurídica y de trabajo social, siempre y cuando sea voluntad de la usuaria recibirlos y tenga las condiciones para ello.
- Durante su proceso de atención las usuarias son responsables de dar seguimiento pronto y oportuno a sus procedimientos legales en caso contrario se suspenderá el seguimiento del procedimiento.
- Durante su proceso de atención las usuras tienen la responsabilidad de acudir a su atención de acuerdo con lo establecido en su plan y/o programa de atención establecido con cada una de las profesionistas que integran el equipo multidisciplinario del CEA.
- La atención puede ser suspendida cuando la usuaria no acuda de forma continua a tres de sus citas, sin previo aviso y/o cuando de manera voluntaria se niegue a recibir la atención proporcionada por el CEA.
- La suplección del servicio se puede dar por poner en riesgo la seguridad y/o tenga actitudes agresivas con las profesionistas que conforma el equipo multidisciplinario del CEA

➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
<b>INICIO</b>		
Trabajador (a) Social	1	Recibe solicitud de atención por instituciones de atención de primer contacto y/o de la víctima.
Trabajador (a) Social	2	Si la solicitud se recibe de institución de atención de primer contacto se remite a esta el "Formato de Canalización a Refugio"
Trabajador (a) Social	3	Si la solicitud se recibe de usuaria, se explica el procedimiento a seguir.
Trabajador (a) Social	4	Informa a la persona responsable del CEA, sobre las solicitudes de servicio.
Encargada (o) del C.E.A	5	Convoca al equipo multidisciplinario de CEA para entrevista inicial de usuaria y/o revisión del "Formato de Canalización a Refugio"
Equipo Multidisciplinario	6	Realiza la evaluación del caso y determina el grado de peligrosidad, así como el perfil para canalizar a refugio, casa de emergencia, atención en las instalaciones del CEA o en su caso derivar a otra institución para que reciba a tención conforme a derecho.
Encargada (o) del C.E.A	7	Se pone en comunicación con él o la responsable de Refugio y Casa de Emergencia para verificar si cuentan con espacio para recibir a una usuaria.
Trabajador (a) Social	8	Se pone en contacto con la institución de primer contacto para confirmar que la usuaria es candidata para Refugio y/o Casa de Emergencia y explica el procedimiento para su canalización a Refugio.
Equipo multidisciplinario	9	A la llega de la instancia de primer contacto y posible usuaria a las instalaciones del CEA, el equipo multidisciplinario del CEA corrobora información del "Formato de Canalización a Refugio" y explica el funcionamiento de refugio así confirma que es voluntad ingresar al mismo.
Encargada (o) del C.E.A	10	Informa a la titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres del caso para ingreso a Refugio y/o Casa de Emergencia.

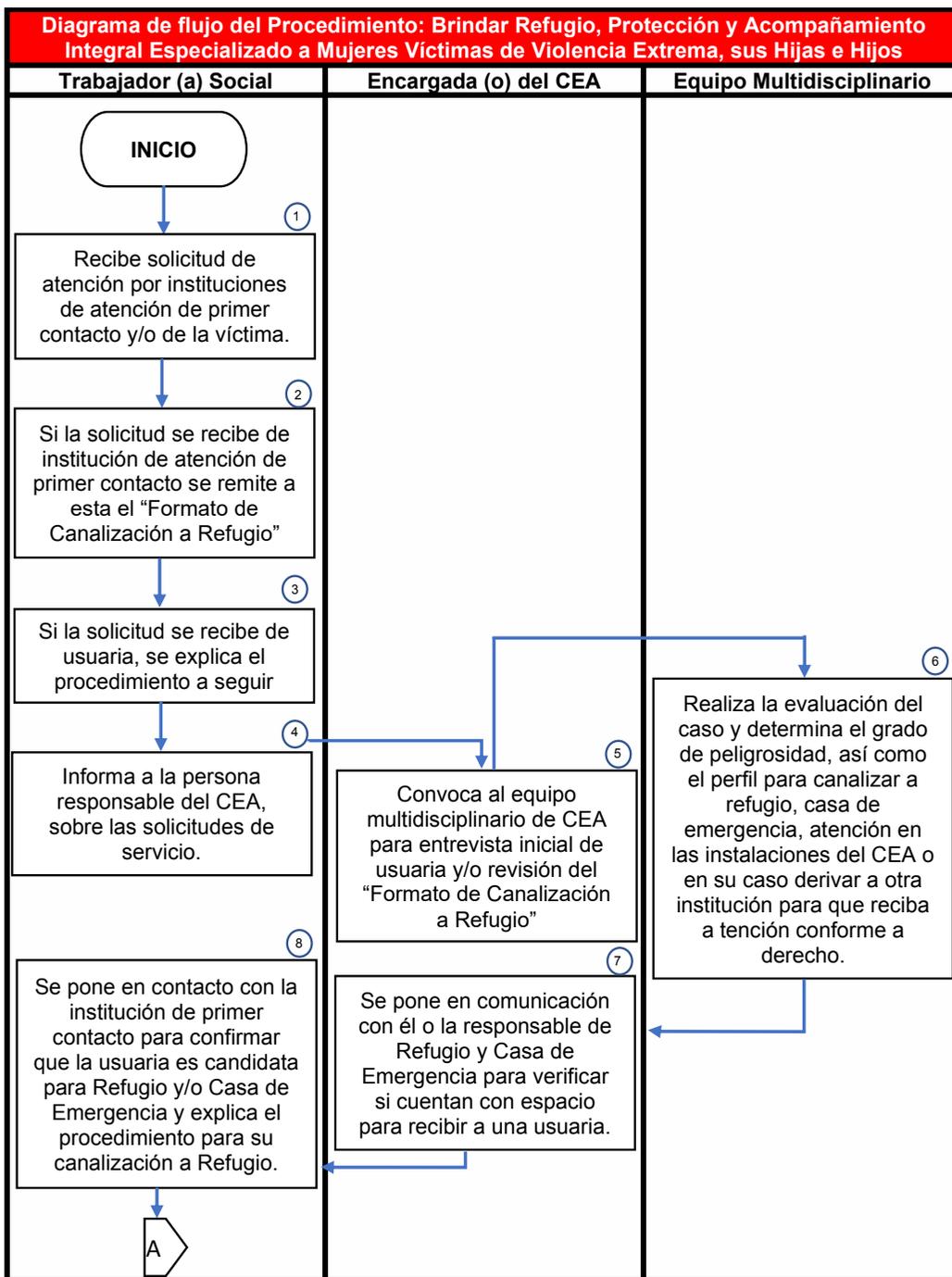
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM)	11	Da visto bueno para continuar con el procedimiento de ingreso
Encargada (o) del C.E.A	12	Coordina el procedimiento de traslado a las instalaciones del refugio.
Equipo Multidisciplinario	13	En caso de que el grado de peligrosidad no se considere de alto riesgo la mujer víctima de violencia recibe atención de forma externa.
Encargada (o) del C.E.A	14	Informa a la titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres del caso para atención externa
Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM)	15	Da visto bueno para continuar con el procedimiento de atención
Trabajador (a) Social / Responsable de CEA	16	Explica a la usuaria los servicios que brinda CEA en qué consisten y hace de conocimiento el reglamento de atención del CEA. Así mismo deriva a los servicios acorde a las características y necesidades de la usuaria
Abogado(a)	17	Realiza la valoración y elabora el posible plan de intervención legal de la usuaria.
Abogado(a)	18	Informa a la usuaria de los posibles procedimientos a seguir y confirma con ella su es su voluntad iniciar algún procedimiento.
Abogado(a)	19	Se brinda seguimiento al procedimiento jurídico.
Psicólogo(a) de Adultas	20	Realiza la valoración y elabora el posible plan de intervención psicológico de la usuaria.
Psicólogo(a) de Adultas	21	Informa a la usuaria de los alcances y confirma con ella su es su voluntad iniciar el plan de intervención psicológica.
Psicólogo(a) de Adultas	22	Implementa el plan de intervención psicológica a cordado con la usuaria.
Psicólogo(a) Infantil	23	Realiza la valoración y elabora el posible plan de intervención psicológico de las hijas e hijos usuaria.
Psicólogo(a) Infantil	24	Informa a la usuaria de los alcances y confirma con la usuaria, sus hijas e hijos si es su voluntad iniciar el plan de intervención psicológico.
Psicólogo(a) Infantil	25	Implementa el plan de intervención psicológica a cordado con la usuaria, sus hijas e hijos.
Trabajador (a) Social	26	Brinda el seguimiento a los tramites y gestiones que requiere la usuaria sus hijas e hijos durante su proceso de atención en CEA.

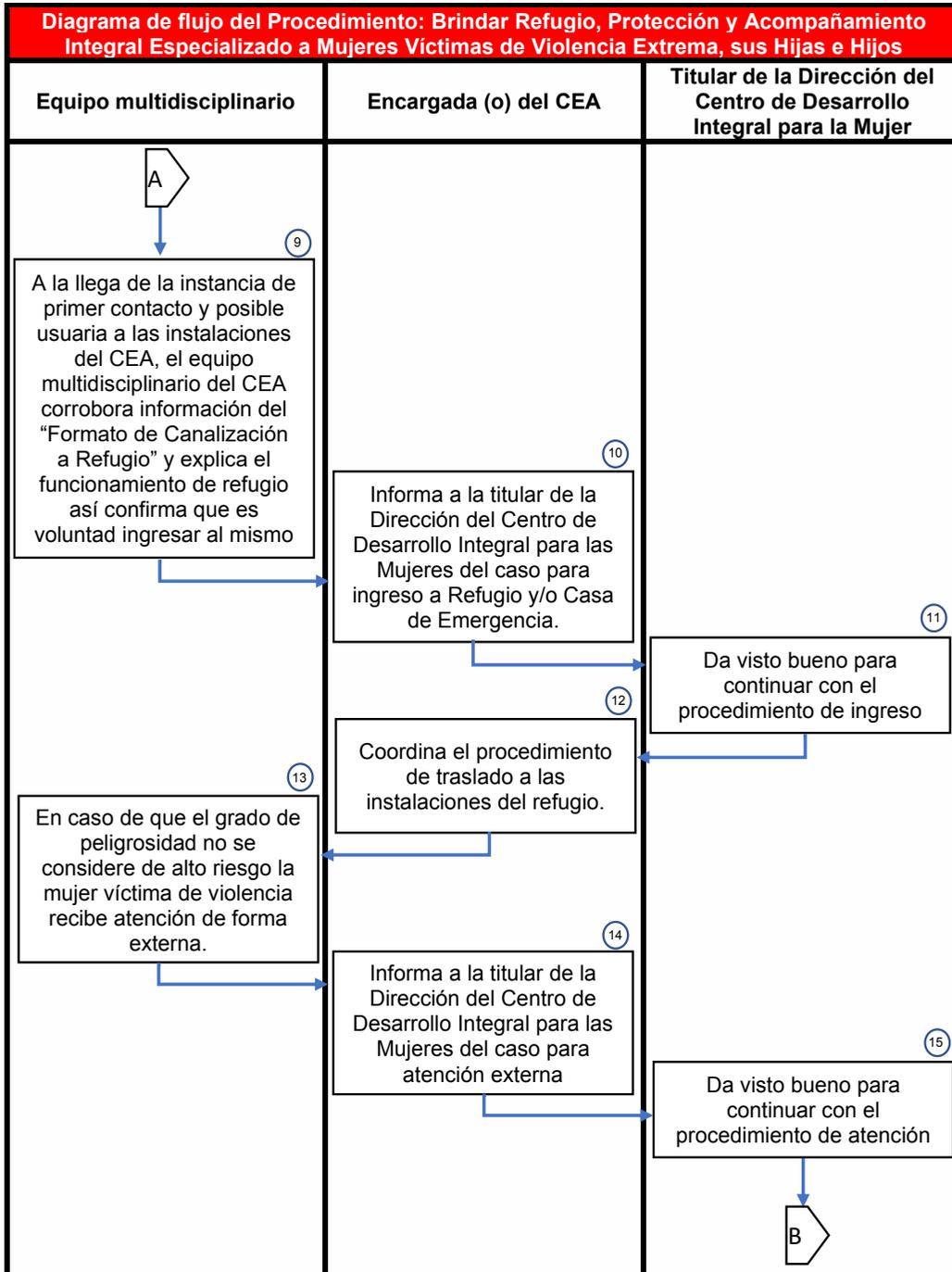


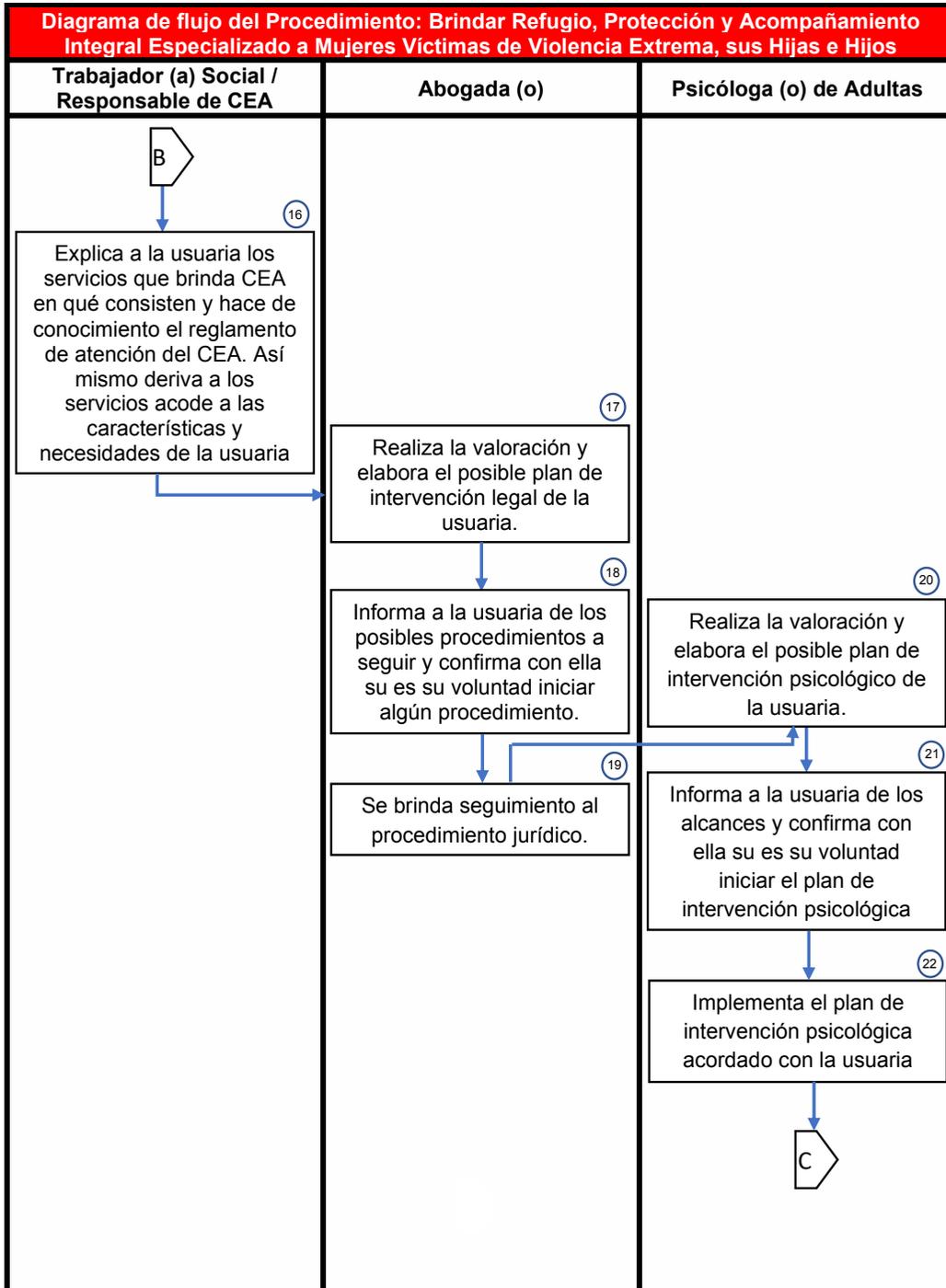
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
Encargada (o) del C.E.A	27	Informa a la titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral de la conclusión de atención de las usuarias sus hijas e hijos.
Encargada (o) del C.E.A	28	Informan a la usuaria sus hijas e hijos de la conclusión del procedimiento de atención en cada una de las áreas del equipo multidisciplinario.
<b>FIN</b>		

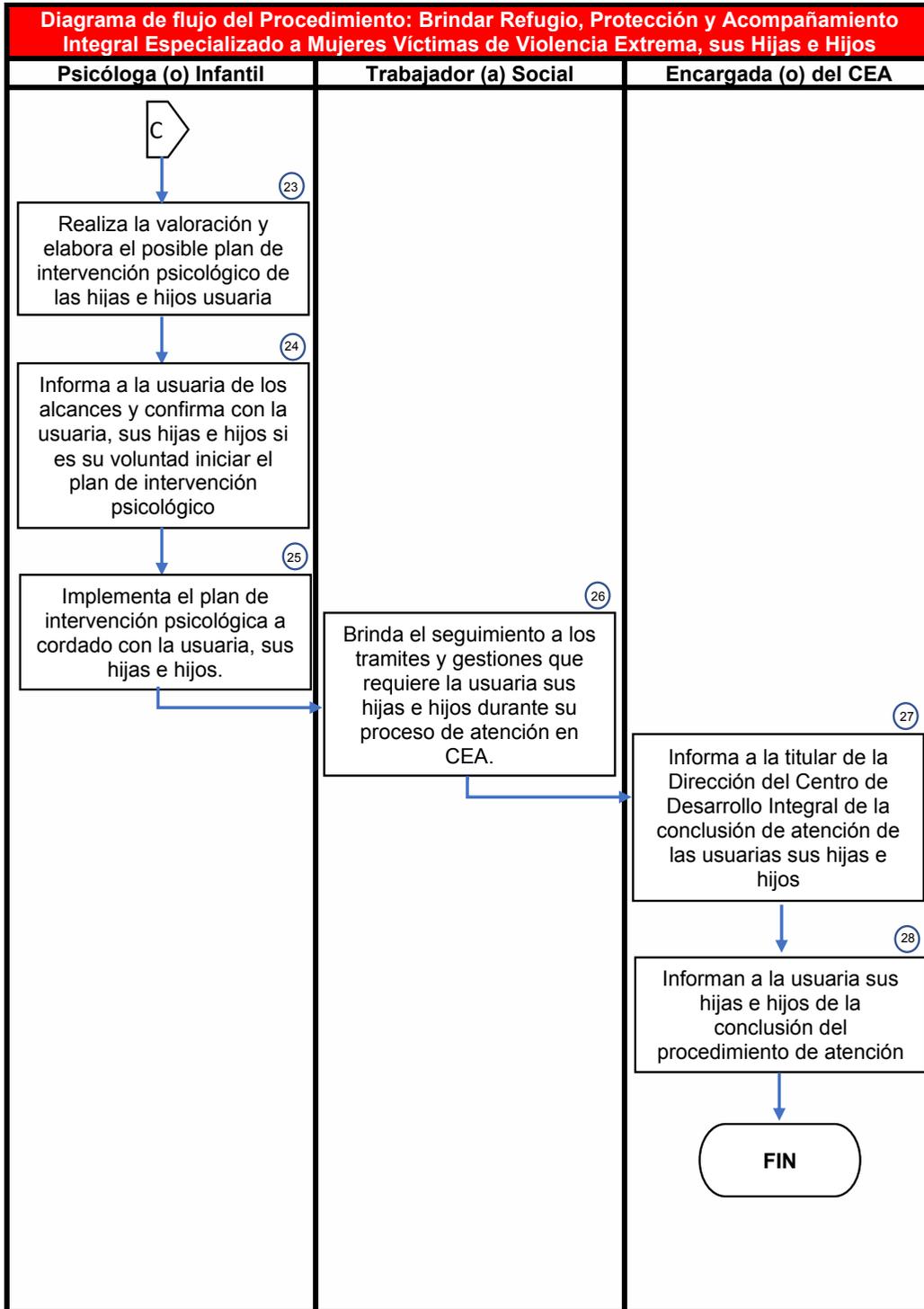


➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**











## ➤ FORMATOS

### TRABAJO SOCIAL

- Canalización a refugio CEDEIM u otros

FO-TS/CEA-01

#### CANALIZACIÓN A REFUGIO CEDEIM U OTROS

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_ Fecha de canalización: \_\_\_\_\_

Fecha de Elaboración:
Fecha de Canalización:

Nombre de la Institución que Canaliza :
Responsable de la Institución :
Responsable de la Canalización:
Dirección :
Teléfonos de la Institución que Canaliza:
Correo Electrónico de la Institución que Canaliza:

#### TIPO DE ATENCIÓN Y/ O ASESORÍA RECIBIDA

Médica ( ) Describir:
Psicológica ( ) Describir :
Legal ( ) Describir:
Trabajo social ( ) Describir:
Psiquiátrica ( ) Describir:
Otros ( ) Describir :

#### DATOS GENERALES DE LA USUARIA

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Lugar de Nacimiento:		
Edad:	Estado Civil:	Religión:





▪ **Canalización a refugio CEDEIM u otros (continuación)**

Escolaridad:	Ocupación:
Domicilio completo:	
Teléfono:	
¿Padece alguna enfermedad usted sus hijas o hijos? ¿Cuál?:	
Indique si la usuaria se encuentra embarazada	
¿Consume alguna sustancia adictiva? ¿Cuál?:	
En caso de emergencia avisar al teléfono:	
Nombre completo:	
Edad:	Parentesco:

**HIJOS (AS) DE LA USUARIA**

Marcar con \* los que ingresaran al refugio.

Nombre	Fecha de nacimiento y edad	Estudian		Registrados	
		SI	NO	SI	NO

En caso de que no acompañen las o los hijas/os, mencionar el motivo y la persona que estaría a cargo de ellas/os





▪ **Canalización a refugio CEDEIM u otros (continuación)**

INDIQUE CON QUE DOCUMENTOS CUENTA LA USUARIA, SUS HIJAS E HIJOS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA								
Documentos	Usaria	Hijas e Hijos						Observaciones
		1	2	3	4	5	6	
Acta de matrimonio								
Documentos del proceso legal								
Credencial de Elector								
Acta de nacimiento								
Hoja de alumbramiento								
Identificación con fotografía								
CURP								
Cartilla de vacunación								
Hoja de gratuidad o seguro popular								
Hoja de afiliación IMSS, ISSSTE								
Certificado de estudios								
Boleta de ultimo grado de estudios								
Otros ( ) Especifique								

**DATOS DEL GENERADOR DE VIOLENCIA**

Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Estado Civil:	Ocupación:
Escolaridad:	Religión:
Lugar de Nacimiento:	Padece alguna enfermedad:
Domicilio completo:	

**RELACION CON EL GENERADOR DE VIOLENCIA**

Padre ( )	Madre ( )	Paroja ( )	Hermanas/os ( )
Otro (Especificar)			
Tiempo de iniciada la relación con él o la generador (a):			





▪ **Canalización a refugio CEDEIM u otros (continuación)**

Tiempo de vivir violencia con él o la generador (a) de violencia
Número de ocasiones que ha salido del domicilio a causa de la violencia:
¿Ha solicitado apoyo de refugio con anterioridad? Si ( ) No ( ) Especificar
Frecuencia con la que se presentaban los eventos de violencia
¿Se presentaba violencia hacia las/os hijas/os? Si ( ) No ( ) Especificar

**EVALUACIÓN DE PELIGROSIDAD**

Uso de armas	Si ( )	No ( )	¿Cuál?
Uso y/o abuso de sustancias adictivas	Si ( )	No ( )	¿Cuál?
Pertenece a alguna organización delictiva	Si ( )	No ( )	De qué tipo
Padecimientos psiquiátricos	Si ( )	No ( )	¿Cuál?
Antecedentes penales	Si ( )	No ( )	De qué tipo
Ha cometido algún delito	Si ( )	No ( )	¿Cuál?

**EXPLORACIÓN**

**ANTECEDENTES DEL CASO**

Historia de violencia desde que la usuaria conoció al generador
---





▪ **Canalización a refugio CEDEIM u otros (continuación)**

TIPOS DE VIOLENCIA	MODALIDAD DE LA VIOLENCIA
Psicológica ( )	Familiar ( )
Física ( )	Laboral y docente ( )
Sexual ( )	En la comunidad ( )
Económica ( )	Institucional ( )
Patrimonial ( )	Feminicida ( )

Número de ocasiones que ha salido del domicilio a causa de la violencia:
¿Ha solicitado apoyo de refugio con anterioridad? Si ( ) No ( )
Tiempo de vivir violencia (años y/o meses)
Frecuencia con la que se presentaban los eventos de violencia
¿Se presentaba violencia hacia las/os hijas/os? Si ( ) No ( ) Especificar violencia





- **Canalización a refugio CEDEIM u otros (continuación)**

**MOTIVO DE CANALIZACIÓN/ TRASLADO**

**EXPECTATIVAS DE LA USUARIA DURANTE SU ESTANCIA EN REFUGIO**

**OBJETIVOS DE LA USUARIA DURANTE SU ESTANCIA EN REFUGIO**

**RECURSOS DISPONIBLES**



- **Canalización a refugio CEDEIM u otros (continuación)**

**DIAGNÓSTICO SOCIAL**

**VALORACIÓN PSICOLÓGICA**

¿Ha recibido atención psiquiátrica? **Si** ( ) **No** ( ) Especificar:

¿Actualmente consume medicamento psiquiátrico? **Si** ( ) **No** ( ) Especificar

**ESTADO FÍSICO**



▪ **Canalización a refugio CEDEIM u otros (continuación)**

<b>PROCESO LEGAL (especifique)</b>
<b>Indique si la usuaria cuenta con antecedentes penales:</b>

**REDES DE APOYO**

Nombre	Parentesco	Domicilio y/o Teléfono	Tipo de apoyo

**CONFORMIDAD DE LA MUJER EN INICIAR UN PROCESO INTEGRAL DENTRO DE REFUGIO**

¿La usuaria está de acuerdo de ingresar a un refugio a puertas cerradas por un lapso de 3 meses?	Si ( )	No ( )
¿La usuaria leyó y está de acuerdo con el reglamento del refugio CEDEIM una vez que se realizó el traslado? (se aplica en CEDEIM)	Si ( )	No ( )

**TRASLADO**

Fecha de traslado:	Hora de salida:
Hora aproximada de llegada	
Descripción de ropa o señas particulares para identificar a la usuaria.	





▪ **Canalización a refugio CEDEIM u otros (continuación)**

**OBSERVACIONES Y/O INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

INDIQUE LA TALLA DE ROPA Y CALZADO DE LA USUARIA, SUS HIJAS E HIJOS DE FORMA CRONOLOGICA								
Documentos	Usuaría	Hijas e Hijos						Observaciones
		1	2	3	4	5	6	
Número de calzado								
Talla de pataleta								
Talla de Brasear								
Talla de pantalón								
Talla de Blusa y suéter								

RESPONSABLE DE LA CANALIZACIÓN \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_





- Carta de no aceptación al refugio

**CENTRO EXTERNO DE ATENCION-CEDEIM  
CARTA DE NO ACEPTACION CANALIZACION AL REFUGIO**

Tlalnepantla de Baz a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 2024.

Yo \_\_\_\_\_, declaro de forma libre y espontánea que se me han explicado de forma clara y detallada sobre los riesgos para mi integridad física y emocional derivada de la violencia ejercida en mi contra y de que tengo la opción de canalización a un espacio para mi protección y seguridad, de mi(s) hija(s) e hijo(s) y las acciones legales que puedo emprender para ejercer los derechos que me asisten atendiendo a mis circunstancias particulares, manifestando que he comprendido totalmente en qué consisten cada una de las acciones procedentes, los beneficios e implicaciones que traen aparejados, el procedimiento a seguir y la temporalidad aproximada del proceso; en consecuencia y atendiendo a mis intereses manifiesto que **NO DESEO** ingresar al Refugio por \_\_\_\_\_, por lo que eximo de toda responsabilidad a las profesionistas del Centro Externo de Atención-CEDEIM y al Sistema Municipal DIF en Tlalnepantla.

\_\_\_\_\_  
Nombre Firma y Huella de la Usuaría





Entrevista inicial para mujeres que viven violencia de género y familiar

CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN FO-TS/CEA-05

ENTREVISTA INICIAL PARA MUJERES QUE VIVEN VIOLENCIA DE GÉNERO Y FAMILIAR

FECHA: \_\_\_\_\_

No. DE EXP: \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES

- 1. Nombre: \_\_\_\_\_
- 2. Edad: \_\_\_\_\_
- 3. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
- 4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día/Mes/Año

- 5. Teléfono casa \_\_\_\_\_
- 6. Teléfono celular: \_\_\_\_\_

7. Estado civil

- 1. Soltera
- 2. Casada                      Tiempo \_\_\_\_\_ Régimen \_\_\_\_\_ Separada
- 3. Divorciada                      Tiempo \_\_\_\_\_
- 4. Concubinato                      Tiempo \_\_\_\_\_ Separada                       Tiempo \_\_\_\_\_
- 5. Unión Libre                      Tiempo \_\_\_\_\_ Separada                       Tiempo \_\_\_\_\_
- 6. Amasiato                      Tiempo \_\_\_\_\_
- 7. Viuda                      Tiempo \_\_\_\_\_

- 8. ¿Tiene Hijos vivos?     SI     NO    cuantos? \_\_\_\_\_

NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO

- 9. ¿Están registrados con los apellidos del Padre?     SI     NO    ¿Por qué? \_\_\_\_\_

10. Datos de los Hijos (Que Actualmente se encuentran con ella)

- 1. Religión: 1. Católica 2. Creyente 3. Cristiana 4. Evangélica 5. Testigo de Jehová
- 6. Ninguna 7. Otra: \_\_\_\_\_





- Entrevista inicial para mujeres que viven violencia de género y familiar (continuación)

1	2	3	4	
				<b>VIOLENCIA FÍSICA</b>
				Golpes "jugando", pellizcar, arañar, empujar, jalonear
				Cachetadas, puñetazos, jalones de cabello, arrastrarla
				Traumatismos con objetos sólidos, pies, cabeza y/o vehículo
				Heridas producidas con (Armas de fuego, objetos punzocortantes, vehículo)
				Intento de estrangulamiento (manos, cuerdas y/o cables)
				Intoxicación (gas butano, medicamentos, drogas, veneno)
				Quemaduras (ácido, fuego, agua, electricidad)
				<b>VIOLENCIA PSICOLÓGICA</b>
				Insultos, intimidación, minimización, aislamiento, amenazas de suicidio, infidelidad, celos, amenazas de golpes, chantajes, culpabilización, bromas hirientes, mentir, humillar, ridiculizar, descalificar, controlar/prohibir,
				ley del hielo, la ignora, desprecio, negación del afecto
				Amenazas de muerte, amenazas de lastimarla con objetos
				<b>VIOLENCIA SEXUAL</b>
				Manosear, caricias agresivas
				Exigencia a tener relaciones sexuales sin libre consentimiento (Amenazas y chantajes para tener relaciones sexuales)
				Agresiones durante la relación sexual (Humillaciones, celos, comparaciones, burlas)
				Uso de fuerza física para tener relaciones
				Uso de objetos durante el acto sexual sin el consentimiento de la mujer
				Negación del contacto sexual
				Contagio de ITS
				Explotación Sexual
				<b>CONTRA LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS</b>
				Prohibición del embarazo
				Aborto obligado o provocado por agresor (a)
				Impedimento del uso de métodos anticonceptivos
				<b>VIOLENCIA PATRIMONIAL</b>





▪ **Entrevista inicial para mujeres que viven violencia de género y familiar (continuación)**

					Daños a bienes comunes
					Daños a bienes de la mujer usuaria (rompe, tira objetos o documentos)
					Usurpación o robo de bienes de la mujer usuaria y/o revisión de celular, bolsa
					<b>VIOLENCIA ECONÓMICA</b>
					Aduenarse del salario y/o ingreso de la mujer
					Impedirle trabajar
					Condicionar el recurso económico
					Control sobre el gasto del recurso económico (cuestiona en qué y cómo lo usa)
					No le proporciona dinero
					Trabajo forzoso
					Servidumbre

11. Sabe leer y escribir \_\_\_\_\_  
 12. Escolaridad \_\_\_\_\_  
 13. Ocupación: \_\_\_\_\_  
 14. Trabaja actualmente:  No  SI  
 15. Lugar \_\_\_\_\_  
 16. Antigüedad \_\_\_\_\_  
 17. Tiempo sin laborar \_\_\_\_\_  
 18. Último trabajo \_\_\_\_\_  
 19. Razón por la que dejó de trabajar \_\_\_\_\_

20. Cuenta con algún servicio médico (salud pública)

IMSS (1)    ISSSTE (2)    PEMEX (3)    SEDENA (4)    SECMAR (5)    SEGURO P (6)    GRATUIDAD (7)  
SIN ASISTENCIA SOCIAL (8)

21. Domicilio actual \_\_\_\_\_

Calle                  Número                  Colonia                  Delegación                  C.P.

22. Tiempo de habitar en ese domicilio: \_\_\_\_\_

23. La casa en donde habita es de:

Cemento     Lámina/ Cartón     Madera     Adobe

Otro: \_\_\_\_\_





▪ **Entrevista inicial para mujeres que viven violencia de género y familiar (continuación)**

24. La casa en donde habita es:

- 1. Propiedad de cónyuge      2. Propiedad de la mujer      3. Rentada
- 4. Prestada      5. Propiedad de régimen de bienes mancomunados
- 6. Vive con la familia de él      7. Vive con la familia de ella      8. Otra \_\_\_\_\_

25. ¿Cuántas personas habitan en su vivienda?: \_\_\_\_\_

26. ¿Cuántos cuartos tiene su vivienda? (sin considerar baños): \_\_\_\_\_

27. ¿Cuántas personas duermen por habitación?: \_\_\_\_\_

28. ¿De qué material es el piso de su vivienda?

- Tierra       Cemento       Madera/Azulejo

29. Seleccione los servicios con los que cuenta su vivienda

- Televisión     Computadora     Refrigerador     Lavadora     Automóvil    Marca \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- Cisterna     Agua potable     Teléfono     Internet     Drenaje     Pavimentación

30. Zona de la vivienda

- Rural       Suburbana     Urbana

31. ¿Cómo se enteró del Centro Externo?

- 1. Amistad    2. Anuncio    3. Conocida/o    4. Escuela    5. Familiar    6. Iglesia    7. Institución    8. Internet    9. Ya acudía

32. ¿Cuenta con apoyo de algún programa de gobierno?

\_\_\_\_\_

33. ¿Quién aporta los recursos económicos en el hogar? \_\_\_\_\_

**34. DINÁMICA FAMILIAR**

**FAMILIOGRAMA**





- **Entrevista inicial para mujeres que viven violencia de género y familiar (continuación)**

**DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR**

---

---

---

---

---

---

---

**HISTORIA DEL CASO**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

35. ¿Actualmente vive violencia?

No                       Sí

36. ¿Ha solicitado apoyo en otra institución antes?

No                       Sí





▪ **Entrevista inicial para mujeres que viven violencia de género y familiar (continuación)**

37. ¿Qué relación existe entre usted y su agresor?

Pareja (1) Ex pareja (2) Padre (3) Madre (4) Hija/o (5)

Otra/o (6) \_\_\_\_\_

38. ¿Qué tipo de violencia ha experimentado?

Física ( ) Psicológica ( ) Sexual ( ) Económica ( ) Patrimonial ( ) Otra ( )

39. Modalidad de violencia:

1. Familiar 2. Laboral 3. Docente 4. Comunitaria 5. Institucional 6. Trata

40. Áreas lesionadas:  Cabeza  Extremidades inferiores  Tronco  Sistema reproductor  
femenino externo  Extremidades superiores  Anal  Otra: \_\_\_\_\_

41. ¿Provocaron incapacidad?  No  Si

\_\_\_\_\_

42. ¿En dónde han ocurrido las agresiones?

Hogar ( ) Via pública ( ) Otro ( ) \_\_\_\_\_

43. ¿Cuándo y cómo ocurrió la primera agresión?

\_\_\_\_\_

44. ¿Cuál es la agresión más frecuente?

\_\_\_\_\_

45. ¿Cuál ha sido el incidente más grave?

\_\_\_\_\_

46. ¿Cuándo fue el último incidente?

\_\_\_\_\_

47. Lugar del último evento violento:

1. Espacio privado 2. Espacio público 3. Centro de trabajo 4. Escuela

48. Factor desencadenante:

1. Alcoholismo 2. Drogadicción 3. Embarazo 4. Celos 5. Diferencias ideológicas, políticas o religiosas 6. Infidelidad 7. Económico 8. Otro \_\_\_\_\_

49. ¿Le ha agredido verbal o físicamente enfrente de otras personas?

\_\_\_\_\_

50. ¿Le ha amenazado de muerte en forma verbal?

\_\_\_\_\_

51. ¿Rompe, esconde o tira sus pertenencias?

\_\_\_\_\_

52. ¿Le ha amenazado/ agredido con algún tipo de arma? (blanca, de fuego, objeto)

\_\_\_\_\_

53. ¿Usted cree que puede cumplir sus amenazas?

\_\_\_\_\_

54. ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida ha estado en peligro?

(Especificar cómo y cuándo) \_\_\_\_\_





▪ **Entrevista inicial para mujeres que viven violencia de género y familiar (continuación)**

55. ¿Sus hijas/ hijos o algún otro miembro de la familia ha vivido violencia por parte del agresor? ( )  
Especificar \_\_\_\_\_

56.-Salidas del hogar

Nº de veces	Lugar donde acudió	Permanencia	Razón por la que regresó	En caso de necesitarlo nuevamente ¿puede regresar?

**DATOS DEL AGRESOR**

57. Nombre \_\_\_\_\_

58. Edad \_\_\_\_\_ 66. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

59. Domicilio \_\_\_\_\_

60. Teléfono \_\_\_\_\_ 69. Originario de \_\_\_\_\_

61. Escolaridad \_\_\_\_\_ 71. Religión \_\_\_\_\_

62. Actividad laboral \_\_\_\_\_ Ingreso \_\_\_\_\_

63. Lugar/empresa \_\_\_\_\_

64. Dirección de trabajo \_\_\_\_\_

65. Teléfono \_\_\_\_\_

66. Medio de transporte \_\_\_\_\_

En caso de tener automóvil: Marca \_\_\_\_\_ Placas \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_

67. ¿Ha pertenecido o pertenece a alguna organización delictiva? No ( 0 ) Si ( 1 ) Especificar \_\_\_\_\_

68. ¿Ha pertenecido o pertenece a instituciones de gobierno, militares, sindicatos o similares? No ( ) Si ( )  
Especificar \_\_\_\_\_

69. Adicciones No ( 0 ) Si ( 1 ) Especificar \_\_\_\_\_

70. Antecedentes penales No ( 0 ) Si ( 1 ) Especificar \_\_\_\_\_





▪ **Entrevista inicial para mujeres que viven violencia de género y familiar (continuación)**

71. Uso de armas No ( 0 ) Si ( 1 ) Especificar \_\_\_\_\_

72. Antecedentes psiquiátricos No ( ) Si ( ) Especificar Dx. \_\_\_\_\_

73. Señas particulares (incluir si es posible fotografía) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

74. ¿Cuenta con redes de apoyo? (Parientes o conocidas/os que pueden ayudar)

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Dirección	Teléfono	Tipo de apoyo que le puede brindar

**NIVEL DE RIESGO**

Alto       Medio       Bajo

**AREA DE SALUD GENERAL**

75. ¿Tiene algún padecimiento de salud importante? No ( 0 ) Si ( 1 ) (Señale cual) \_\_\_\_\_

76. ¿Cuánto tiempo lleva padeciéndolo? \_\_\_\_\_

77. ¿Ha recibido asistencia por este padecimiento? No ( 0 ) Si ( 1 )

Señale el tipo de asistencia \_\_\_\_\_

78. ¿Cuenta con certificado médico por este padecimiento? \_\_\_\_\_

79. ¿Toma algún tipo de medicamento de forma regular por este padecimiento? \_\_\_\_\_

80. ¿Usa algún método anticonceptivo? No ( 0 ) Si ( 1 ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

81. ¿Está embarazada? No ( 0 ) Si ( 1 )





▪ **Entrevista inicial para mujeres que viven violencia de género y familiar (continuación)**

82. Tiempo de gestación \_\_\_\_\_

83. ¿Hay algún dato médico que considere importante compartir? (interrupción de embarazo cirugías, antecedentes médicos familiares, accidentes, tratamientos temporales permanentes)

\_\_\_\_\_

84. **EXPECTATIVAS DE ATENCIÓN (Qué solicita, que tipo de ayuda, de qué forma cree que se le pueda apoyar desde nuestra organización)**

\_\_\_\_\_

85. Signos psicológicos evidentes  Ansiedad  Depresión  Ideas suicidas  SEPT  
 ISIA  ISE  Otros \_\_\_\_\_

86. Signos físicos evidentes  Hematomas  Heridas  Cicatrices  
 Esguinces/luxaciones  Contractura muscular  
 Fractura  Incapacidad  Edema  
 Quemaduras  Hemorragias  ITS  
 Desnutrición  Traumatismo

Observaciones \_\_\_\_\_

Elaboró: \_\_\_\_\_ Nombre y firma de usuaria: \_\_\_\_\_

Supervisó: \_\_\_\_\_





▪ Cédula de ingreso – plan de acción

FO-TS/CEA-06

**CENTRO EXTERNO DE ATENCION- CEDEIM**

**CEDULA DE INGRESO**

**PLAN DE ACCION**

**TRABAJO SOCIAL**

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Expediente No. \_\_\_\_\_

**Descripción de la Problemática Actual (Diagnostico)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EXPECTATIVAS DE LA USUARIA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PLAN DE ACCION**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





▪ Seguimiento de usuaria a trabajo social

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN - CEDEM**  
**SEGUIMIENTO DE USUARIA TRABAJO SOCIAL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

TRABAJADORA SOCIAL

FECHA	ACCIÓN	OBSERVACIONES	FIRMA DE LA USUARIA





▪ **Bitácora de llamadas telefónicas – trabajo social**

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN-CEDEIM  
BITÁCORA DE LLAMADAS TELEFONICAS TRABAJO SOCIAL**

NOMBRE DE LA USUARIA: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

FECHA	NÚMERO TELEFÓNICO	OBSERVACIONES	FIRMA USUARIA





- Nota de seguimiento – trabajo social

FO-TS/CEA-07

**CENTRO EXTERNO DE ATENCION -CEDEIM  
NOTA DE SEGUIMIENTO TRABAJO SOCIAL**

Fecha:

No DE EXP:

Nombre de la usuaria:

Plan:

Trabajadora Social



Formato cierre de sesiones subsecuentes

FO-TS/CEA-13

CENTRO EXTERNO DE ATENCION-CEDEIM  
FORMATO CIERRE DE SESIONES SUBSECUENTES

<b>No. EXPEDIENTE:</b>	
<b>ASUNTO:</b>	Cierre Seguimiento Usuaría
<b>Fecha de Cierre de Seguimientos</b>	

Nombre:  
Fecha de Nacimiento:  
Edad:  
Teléfono:  
Dirección:  
Referencias:  
Escolaridad:  
Estado Civil: Soltera

**Redes de Apoyo:**

Nombre	Parentesco	Dirección	Número Telefónico

Usted Inicio un Proceso Legal: SI  NO

¿Qué proceso?

<b>Trabajadora Social</b>	<b>Usuaría</b>	<b>Coordinadora CEA-CEDEIM</b>



- Formato reporte abandono por servicio

**CENTRO EXTERNO DE ATENCION-CEDEIM  
FORMATO REPORTE ABANDONO SERVICIO**

<b>No. EXPEDIENTE:</b>	
<b>ASUNTO:</b>	Cierre por Abandono de Servicio
<b>Fecha de Cierre de Seguimientos</b>	

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Edad:
Teléfono:
Dirección:
Escolaridad:
Ocupación:
Estado Civil:
Redes de Apoyo:





- Formato reporte abandono por servicio (continuación)

Nombre	Parentesco	Dirección	Número Telefónico

Usted Inicio un Proceso Legal: SI  NO

¿Cuál?

**Motivo de abandono de servicio**





- **Formato reporte abandono por servicio (continuación)**

<b>Trabajadora Social</b>	<b>Usuaría</b>	<b>Coordinadora CEA- CEDEIM</b>



▪ **Visita domiciliaria – trabajo social**

FO-TS/CEA-08

<p>FO-TS/CEA-08</p> <p><b>CENTRO EXTERNO DE ATENCION- CEDEIM</b></p> <p><b>VISITA DOMICILIARIA</b></p> <p><b>TRABAJO SOCIAL</b></p>
<p>Fecha:</p>
<p>Nombre Usuaría:</p>
<p>Expediente:</p>
<p>Domicilio:</p>
<p>Objetivo:</p>
<p>Resultados Obtenidos:</p>

Trabajadora Social del  
CEA-Centro de Desarrollo Integral para la Mujer





- Evidencia fotográfica – visita domiciliaria- trabajo social

FO-TS/CEA-08	
<b>CENTRO EXTERNO DE ATENCION- CEDEIM</b>	
<b>EVIDENCIA FOTOGRAFICA VISITA DOMICILIARIA</b>	
<b>TRABAJO SOCIAL</b>	
Expediente:	Fecha:

Trabajadora Social del  
CEA-Centro de Desarrollo Integral para la Mujer



- **Gestiones del área de trabajo social**

FO-TS/CEA-10

**CENTRO EXTERNO DE ATENCION-CEDEIM  
GESTIONES DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL**

FECHA:  
EXPEDIENTE:

**GESTION:**

**OBJETIVO:**

**RESULTADOS OBTENIDOS:**

54



\_\_\_\_\_  
Firma de Trabajadora Social



- PSICOLOGÍA ADULTAS
- Entrevista inicial área psicología adultas

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN-CEDEIM**  
**ENTREVISTA INICIAL ÁREA PSICOLOGÍA ADULTAS**

Fecha: \_\_\_\_\_

FO-PA/CEA-01

N. de expediente: \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE DE LA USUARIA:</b>		
<b>EDAD:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>
<b>DOMICILIO ACTUAL:</b>		<b>TEL:</b>
<b>ESTADO CIVIL:</b>	<b>ESCOLARIDAD:</b> <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> Comunidad indígena <input type="checkbox"/> Dominio de otro idioma _____	
<b>OCUPACIÓN:</b> Horario laboral:	<b>TIPO DE VIOLENCIA:</b> <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Interpósita persona <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Patrimonial	
<b>MODALIDAD DE LA VIOLENCIA:</b> <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Laboral/Docente <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Comunitaria <input type="checkbox"/> Digital/Mediática <input type="checkbox"/> Femenicida		
<b>NOMBRE DEL AGRESOR:</b>	<b>EDAD:</b>	<b>TIEMPO DE RELACION CON EL AGRESOR:</b>
<b>PARENTESCO:</b>	<b>N. SEPARACIONES PREVIAS:</b>	
<b>OCUPACIÓN:</b>	<b>N. DE MATRIMONIOS:</b>	
<b>HIJAS/HIJOS:</b>		
<b>NOMBRE DE HIJA (S) / HIJO(S)</b>	<b>EDAD</b>	<b>ESCOLARIDAD</b>
<b>CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA:</b> <input type="checkbox"/> Psicológicas <input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Sociales <input type="checkbox"/> Laborales <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Escolares <input type="checkbox"/> Económica		
<b>EVALUACIÓN DE RIESGO</b> <input type="checkbox"/> A la salud mental e incremento a la violencia( )A la salud física <input type="checkbox"/> A la salud sexual y reproductiva		
<b>EVALUACIÓN DE PELIGROSIDAD DEL AGRESOR:</b> <input type="checkbox"/> Antecedentes penales <input type="checkbox"/> Utiliza drogas o alcohol y tiene el efecto de agredirla severamente		





▪ **Entrevista inicial área psicología adultas (continuación)**

<input type="checkbox"/>	Acceso a armas _____
<input type="checkbox"/>	Nexos con grupos policíacos o militares _____
<input type="checkbox"/>	Trastorno psiquiátrico _____
<input type="checkbox"/>	Existen otros aspectos relevantes que nos ayuden a evaluar la peligrosidad del agresor _____

**1. MOTIVO DE CONSULTA Y/O PROBLEMÁTICA QUE PLANTEA:**

**2. ANTECEDENTES DEL CASO Y DINAMICA FAMILIAR:**

**3. DINÁMICA DE FAMILIA DE ORIGEN:**





- Entrevista inicial área psicología adultas (continuación)

**4. ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL Y FISICA:**

	ESPECIFIQUE	OBSERVACIONES
<b>Adicciones (Alcohol y/o drogas)</b>		
<b>Trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, TEPT, etc.)</b>		
<b>Trastornos de alimentación (bulimia, anorexia, etc.)</b>		
<b>Medicación psiquiátrica</b>		
<b>Ideación suicida</b>		
<b>Situación de calle</b>		
<b>Ingresos anteriores a refugio</b>		
<b>Estado de salud actual</b>		

**5. FAMILIOGRAMA:**

**6. EXPECTATIVAS DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA:**

**7. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Evaluación De Riesgo	<input type="checkbox"/>	Escala De Inadaptación	<input type="checkbox"/>
Evaluación De Capacidad De Respuesta	<input type="checkbox"/>	H-T-P	<input type="checkbox"/>
Evaluación De Peligrosidad Del Agresor	<input type="checkbox"/>	Escala De Gravedad De Síntomas Del Trastorno Del Estrés Posttraumático	<input type="checkbox"/>
Inventario De Depresión De Beck	<input type="checkbox"/>	Escala De Autoestima	<input type="checkbox"/>
Persona Bajo La Llave	<input type="checkbox"/>	Test de Factores de Personalidad (16 PF)	<input type="checkbox"/>





- **Entrevista inicial área psicología adultas (continuación)**

**8. EXAMEN MENTAL (Impresión diagnóstica)**

**9. ACCIONES SUBSECUENTES:**

- ( ) Intervención en crisis
- ( ) Atención en CEA-CEDEIM
- ( ) Canalización a refugio
- ( ) Canalización a otro tipo de atención \_\_\_\_\_

**PROXIMA CITA**

\_\_\_\_\_



NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA  
TERAPEUTA

\_\_\_\_\_

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DE LA

\_\_\_\_\_





## PSICOLOGÍA INFANTIL

- Entrevista inicial área psicológica infantil

### CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN- CEDEIM ENTREVISTA INICIAL ÁREA PSICOLOGÍA INFANTIL

Fecha: \_\_\_\_\_

FO-PI/CEA-01

Expediente: \_\_\_\_\_

#### 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:		
EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	ESCOLARIDAD: _____ <input type="checkbox"/> Sabe Leer y Escribir, <input type="checkbox"/> Comunidad Indígena, Otro Idioma: _____	
NOMBRE DE LA MADRE:		
EDAD DE LA MADRE:	ESCOLARIDAD: _____ <input type="checkbox"/> Sabe Leer y Escribir; <input type="checkbox"/> Comunidad indígena, <input type="checkbox"/> Otro Idioma: _____	
OCUPACIÓN DE LA MADRE:		
NOMBRE DEL PADRE:		
EDAD DEL PADRE:	ESCOLARIDAD: _____ <input type="checkbox"/> Sabe Leer y Escribir; <input type="checkbox"/> Comunidad indígena, <input type="checkbox"/> Otro Idioma: _____	
OCUPACIÓN DE LA PADRE:		
HERMANAS/ HERMANOS	EDAD	ESCOLARIDAD
NOMBRE DEL GENERADOR DE VIOLENCIA:		
PARENTESCO:		EDAD:
TIEMPO DE LA RELACIÓN CON EL AGRESOR:		
ATENCIÓNES PREVIAS	Psicología <input type="checkbox"/> Paida psiquiatría <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Otra: _____ Especificar: _____	
DISCAPACIDAD/ NECESIDAD ESPECÍFICA:		





Entrevista inicial área psicológica infantil (continuación)

2. EVALUACIÓN DE RIESGO

**TIPO DE VIOLENCIA:**  Violencia Física  Violencia Psicológica  Violencia Económica  Violencia Sexual.  Patrimonial

**MODALIDAD DE VIOLENCIA:**  Familiar  Laboral/ Docente  Institucional  Comunitaria

**PADRE:**  Abandono  Negligencia  Violencia Física  Violencia Psicológica  Violencia Económica  Violencia Sexual.  Patrimonial Observaciones: \_\_\_\_\_

**MADRE:**  Abandono  Negligencia  Violencia Física  Violencia Psicológica  Violencia Económica  Violencia Sexual.  Patrimonial Observaciones: \_\_\_\_\_

**OTRO:**  Abandono  Negligencia  Violencia Física  Violencia Psicológica  Violencia Económica  Violencia Sexual.  Patrimonial Observaciones: \_\_\_\_\_

**SE IDENTIFICA:**

IDEACIÓN SUICIDA  PLANEACIÓN SUICIDA  INTENTO SUICIDA  AUTOLESIONES

CONFLICTOS CON LA LEY  ADICCIONES  DESERCIÓN ESCOLAR  ALIENACIÓN PARENTAL.  OTRA: \_\_\_\_\_

**CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA:**

Psicológicas  Física  Sociales  Escolares  Familiares  Económicas  Otras: \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DEL RIESGO DEL MENOR:**  ALTO  MEDIO  BAJO

**EVALUACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR:**  ALTO  MEDIO  BAJO

3. MOTIVO DE CONSULTA Y/O PROBLEMÁTICA QUE PLANTEA:

4. ANTECEDENTES DINAMICA FAMILIAR:

(Nivel de contacto con la violencia Familiar, autoridad, castigos- recompensas en el hogar, comportamiento en otros ambientes, quién más influye en formación, con quién más convive, redes de apoyo familiar).

5. EXPECTATIVAS DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA





▪ **Entrevista inicial área psicológica infantil (continuación)**

**6. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Esquema de Desarrollo	Test del niño bajo la lluvia	
Dibujo de la figura humana	Inventario de Depresión Infantil (CDI)	
Prueba del dibujo de la Familia	Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y Adolescentes (CMASR-2)	
Casa-árbol- persona (H-T-P)	Test Gestáltico Visomotor	
Prueba de Apercepción Temática (CAT)	Listado de Síntomas de violencia de Género en niñas y niños.	
Escala del efecto de sucesos traumáticos en los niños	Questionario Infantil de Experiencias Violentas.	
Entrevista Focalizada		

**7. EXAMEN MENTAL**

Aspecto general: \_\_\_\_\_  
 Discurso (Alteraciones, ritmo, espontaneidad): \_\_\_\_\_  
 Orientación (persona, tiempo, lugar): \_\_\_\_\_  
 Atención/ concentración: \_\_\_\_\_  
 Memoria: \_\_\_\_\_  
 Lenguaje: \_\_\_\_\_  
 Estado de ánimo: \_\_\_\_\_  
 Pensamiento: \_\_\_\_\_  
 Inteligencia: \_\_\_\_\_  
 Reconocimiento del problema: \_\_\_\_\_

**8. ACCIONES SUBSECUENTES:**

- INTERVENCIÓN EN CRISIS
- ATENCIÓN EN CEA- CEDEIM
- ATENCIÓN REFUGIO
- ENCUADRE DEL FUNCIONAMIENTO DE REFUGIO
- CANALIZACIÓN A OTRO TIPO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

**PROXIMA CITA:** \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DE LA TERAPEUTA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LICDA,  
CED. PROF.





▪ **Ficha de Seguimiento**

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN- CEDEIM**  
**FICHA SEGUIMIENTO ÁREA PSICOLOGÍA INFANTIL** **FO-PI/CEA-02**

**NOMBRE USUARIA:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE:** \_\_\_\_\_  
**EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_  
**PSICÓLOGA MÁRCELA HERNÁNDEZ CRUZ** **CED. PROF. 5586536**

FECHA	ACCIÓN	OBSERVACIONES	FIRMA DE LA USUARIA





- **Impresión Diagnostica**

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN- CEDEIM  
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA, ÁREA PSICOLOGÍA INFANTIL**

FO-PI/CEA-03

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRE:**  
**EDAD:**  
**SEXO:**  
**FECHA DE NACIMIENTO:**  
**LUGAR DE NACIMIENTO:**  
**ESCOLARIDAD:**  
**ENFERMEDADES:**

**EXAMEN MENTAL**

**DATOS RELEVANTES**

ATENTAMENTE

---

LICDA.  
CED. PROF.





▪ **Contrato Terapéutico**

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN -CEDEIM  
CONTRATO TERAPÉUTICO PSICOLOGIA INFANTIL**

**FO-PICEA-04**

Fecha: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_  
**Nombre de la mujer usuaria** \_\_\_\_\_

Una vez realizada la apertura del expediente y la definición del objetivo de intervención por parte del área de psicología, a la mujer usuaria, se le explica que ella, sus hijas e hijos asistirán a terapia psicológica, por lo que, se describen acuerdos para llevar a cabo el proceso terapéutico en CEA-CEDEIM en proceso individual (adultas, niñas, niños y adolescentes) y familiar:

- El proceso terapéutico estará basado en el modelo de terapia breve, consistirá en un tratamiento aproximadamente de 8-12 sesiones. En caso de ser necesario, el tratamiento puede llevarse a cabo en un menor número de sesiones, así como puede prolongarse a un mediano plazo no mayor de un año.
- Cada sesión tendrá una duración de 45 min.
- Las atenciones se otorgarán una vez por semana o cada 15 días, según los acuerdos con la profesionista.
- Las inasistencias deberán informarse en tiempo y forma, brindándose una nueva cita, siempre y cuando haya sido previamente notificada. Después de tres inasistencias, se mandará a lista de espera.
- Si por alguna causa de fuerza mayor, la terapeuta no puede brindar la sesión, el CEA informará vía telefónica para reprogramar la sesión.
- El contenido de las sesiones será de carácter confidencial y la terapeuta resguardará debidamente la información que en estas se maneje. La confidencialidad está sujeta a las excepciones que señala el código de ética profesional enfocado en precautelar la integridad del paciente y otros.
- Únicamente en caso de que la terapeuta detecte que el usuario puede hacerse daño a sí mismo o a otros, tendrá que dar aviso a sus familiares y/o autoridad correspondiente. En caso de violencia a menores de edad, se procederá conforme al protocolo de procedimientos.
- En caso de la necesidad de valoración psiquiátrica, se informará a la usuaria, brindando alternativas de atención.
- En caso de violencia extrema, se le ofrecerá refugio inmediato a usuaria con hijas e hijos.
- Si al inicio de sesión la usuaria se encuentra en estado alterado de conciencia, la terapeuta la suspenderá y, de requerirlo solicitará asistencia de autoridad correspondiente.

Tomando en consideración los puntos referidos anteriormente, la mujer usuaria se compromete a asistir puntualmente a las atenciones, así como a participar en cada una de las actividades y tareas asignadas, teniendo en consideración que estas actividades son parte de su recuperación, reconstrucción de su identidad, de su autonomía y del fortalecimiento de su proceso de empoderamiento a nivel personal y familiar.

**NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD:** \_\_\_\_\_





▪ Evaluación

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN- CEDEIM  
EVALUACIÓN ÁREA PSICOLOGÍA INFANTIL**

FO-PI/CEA-05

**CÉDULA DE DESARROLLO**

**DESARROLLO PRE-PERI Y POST NATAL**

Embarazo planeado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embarazo deseado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fue del sexo deseado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Salud de la madre durante el embarazo: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala, Motivo: _____	
Le hicieron rayos x: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amenaza de aborto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Duración de embarazo: _____	
Estado del Nacido: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala, Motivo: _____	
Peso: _____	Estatura: _____
Respiración: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala, Motivo: _____	
Calificación APGAR: _____	

**PARTO**

Dónde fue atendido el parto: _____	Duración del trabajo de parto: _____
Dificultad que haya tenido la madre durante el mismo: _____	
Parto: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Anestesia	
Presentación del producto: <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Pélvico <input type="checkbox"/> Transversal	
Estado del Nacido: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala, Motivo: _____	
Peso: _____	Estatura: _____
Respiración: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala, Motivo: _____	
Convulsiones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lloró: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Incubadora: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No,	
Motivo: _____	
Lesiones, deformaciones, enfermedades graves: _____	

**SUEÑO**

Hora de Dormir: _____	Hora de Levantarse: _____
Siestas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Cuantas y cuánto tiempo: _____	
Concilia solo el sueño: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Duerme solo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo: _____
Miedo al dormir: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo: _____	
Los padres duermen juntos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo: _____	
Se levanta constantemente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo: _____	
Tiene cuarto propio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo: _____	

**LENGUAJE**

Edad de Balbuceo: _____	Edad pronunciar primeras palabras: _____
Edad de pronunciar frases y oraciones: _____	
Problema: <input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Duerme solo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo: _____	
Miedo al dormir: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo: _____	
Los padres duermen juntos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo: _____	





▪ Evaluación (continuación)

**ALIMENTACIÓN**

Leche Materna:  Si  No Motivo: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_  
 Consumo actual:  Si  No Motivo: \_\_\_\_\_  
 Otro tipo de leche:  Si  No Motivo: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_  
 Edad de destete: \_\_\_\_\_  
 Alimentación Actual:  Frutas  Verduras  Proteínas  Legumbres  Carbohidratos  Lácteos  
 Productos Procesados  Bebidas endulzantes  Otro: \_\_\_\_\_  
 Prepara sus alimentos: \_\_\_\_\_ Supervisa alimentos: \_\_\_\_\_  
 Alimentos de Mayor consumo:  Frutas  Verduras  Proteínas  Legumbres  Carbohidratos  
 Lácteos  Productos Procesados  Bebidas endulzantes  Otro: \_\_\_\_\_  
 Alimentos de Menor consumo:  Frutas  Verduras  Proteínas  Legumbres  Carbohidratos  
 Lácteos  Productos Procesados  Bebidas endulzantes  Otro: \_\_\_\_\_

**DESARROLLO MOTOR**

A qué edad logró:  
 Sostener la cabeza: \_\_\_\_\_ Sentarse: \_\_\_\_\_ Gatear: \_\_\_\_\_  
 Caminar: \_\_\_\_\_ Correr: \_\_\_\_\_  
 Problema Motor:  Si  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 Es:  Zurdo  Diestro  Ambidiestro  
 Dificultar motriz:  Si  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**MANERISMOS**

Muerde las uñas:  Si  No Balancea:  Si  No  
 Jala el cabello:  Si  No Golpea la cabeza:  Si  No  
 Rechina los dientes:  Si  No Chupa el dedo:  Si  No  
 Gestos o muecas:  Si  No Muerde o chupa las manos/brazos:  Si  No  
 Otros: \_\_\_\_\_

**AUTONOMÍA PERSONAL**

Se baña sola:  Si  No Come sola/ o:  Si  No  
 Sale a la calle:  Si  No Uso de dinero:  Si  No  
 Tiende su cama:  Si  No Se viste solo/a:  Si  No  
 Lava sus manos:  Si  No Colabora con tareas domésticas:  Si  No  
 Amarra sus zapatos:  Si  No Se peina sola/o:  Si  No  
 Colabora en tareas domésticas:  Si  No Motivo: \_\_\_\_\_  
 Existe alguna característica de su hijo/a que no le agrade: \_\_\_\_\_

**SOCIALIZACIÓN**

Actividades deportivas: Si  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 Actividades artísticas: Si  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 Con quién juega:  Solo/a  Padre  Madre  Hermanos  Amigos  Otros: \_\_\_\_\_  
 A qué juega, con qué y donde juega: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo reacciona cuando pierde? \_\_\_\_\_  
 ¿A qué le tiene miedo? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles son sus intereses? \_\_\_\_\_





▪ Evaluación (continuación)

**ÁREA EMOCIONAL**

¿Cómo expresa sus sentimientos? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué lo hace enojar/expresión?: \_\_\_\_\_  
 ¿Hace berrinches?  Si  No ¿Cómo?: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo reacciona usted? \_\_\_\_\_  
 ¿Es un niño difícil de controlar?  Si  No Motivo: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE SALUD**

¿Cuándo se realizó el último examen médico? \_\_\_\_\_  
 Padece alguna enfermedad frecuente: \_\_\_\_\_  
 Enfermedades que ha padecido: \_\_\_\_\_  
 Presenta alergias: Si  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 Actualmente toma medicamentos: Si  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 Ha presentado algún retroceso en su desarrollo: Si  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 Alguna vez se ha accidentado: Si  No Motivo: \_\_\_\_\_  
 Golpes en la cabeza: Si  No Motivo: \_\_\_\_\_  
 Pérdida de conocimiento: Si  No Motivo: \_\_\_\_\_  
 Vómito: Si  No Motivo: \_\_\_\_\_  
 Crisis convulsiva: Si  No Motivo: \_\_\_\_\_

**AREA ESCOLAR**

¿Le gusta ir a la escuela? Si  No Motivo: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo considera su desempeño académico? (Bueno, Regular, Deficiente) \_\_\_\_\_  
 ¿Presenta algún problema académico?: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles son sus materias preferidas?: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles son sus materias menos preferidas?: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha recibido alguna queja o comentario por parte de profesor o profesora?: Si  No   
 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene un horario específico para realizar sus tareas?: Si  No Motivo: \_\_\_\_\_  
 ¿Le cuesta trabajo realizar sus tareas?: Si  No Motivo: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Alcoholismo:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna
Diabetes:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna
Epilepsia:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna
Drogadicción:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna
Hipertensión:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna
Sordera:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna
Autismo:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna
Neurológico:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna
Ceguera:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna
Trastorno psiquiátrico:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna
Otros:	<input type="checkbox"/> Familia Materna	<input type="checkbox"/> Familia Paterna, ¿Cuál? _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE: \_\_\_\_\_





▪ Evaluación (continuación)

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN- CEDEIM**

**EVALUACIÓN ÁREA PSICOLOGÍA INFANTIL**

FO-PI/CEA-06

FECHA:  
EXPEDIENTE:

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre:  
Edad:  
Fecha de Nacimiento:  
Lugar de Nacimiento:  
Grado Escolar:

**EXAMEN MENTAL**

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

Esquema de Desarrollo	Test del niño bajo la lluvia	
Dibujo de la figura humana	Inventario de Depresión Infantil (CDI)	
Dibujo de la Familia	Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y Adolescentes (CMASR-2)	
Casa-árbol-persona (H-T-P)	Test Gestáltico Visomotor	
Prueba de Apercepción Temática (CAT)	Listado de Síntomas de violencia de Género en niñas y niños.	
Escala del efecto de sucesos traumáticos en los niños	Cuestionario Infantil de Experiencias Violentas	
Entrevista Focalizada		

\*SE ANEXAN PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS





▪ Informe (continuación)

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN- CEDEIM**  
**INFORME ÁREA PSICOLOGÍA INFANTIL**

FO-PI/CEA-07

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**SEXO:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**LUGAR DE NACIMIENTO:**

**ESCOLARIDAD:**

**ENFERMEDADES:**

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

**RESULTADOS**

**CONCLUSIONES**

**RECOMENDACIONES**

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
LICDA.  
CED. PROF.





▪ Oficio de Canalización (continuación)

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN- CEDEIM**  
**OFICIO DE CANALIZACIÓN ÁREA PSICOLOGÍA INFANTIL**

FO-PI/CEA-08

**OFICIO:**  
**ASUNTO:** CANALIZACIÓN  
**FECHA:**

NOMBRE LA INSTITUCIÓN/  
TITULAR \_\_\_\_\_  
CARGO \_\_\_\_\_

Por este medio, le envié un cordial saludo y al mismo tiempo, me permito presentar con usted, así como canalizar a NNA \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ edad, con \_\_\_\_\_ de escolaridad, con nombre de padre o tutor \_\_\_\_\_ con el objetivo de que, a través de la Dependencia de digno cargo, se le brinde, de ser posible, valoración y atención en el área de psiquiatría.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
LICDA.  
CED. PROF.





▪ **Plan Terapéutico de Intervención**

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN- CEDEIM**

**PLAN TERAPÉUTICO DE INTERVENCIÓN ÁREA PSICOLOGÍA INFANTIL**

FO-PI/CEA-09

Fecha:  
No de Expediente:  
**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**DIAGNÓSTICO**

**OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

**TRATAMIENTO**

Derechos de niñas, niños y adolescentes	Habilidades Sociales e Interpersonales	
Habilidades para el manejo emocional	Habilidades Familiares	
Problemas de conducta	Comunicación Familiar	
Autoestima 7	Sexualidad	
Plan de Seguridad Individual	Proyecto de Vida	
Plan de Seguridad Familiar	Proyecto de Vida Familiar	
Prevención de Abuso Sexual Infantil	Crianza Positiva	
Comunicación asertiva	Orientación Vocacional	
Resiliencia	Habilidades Cognitivas	
Hábitos y Salud	Estructura	
Duelo	Resolución de Problemas	
Otro:		

**PRONÓSTICO:** FAVORABLE ( ) RESERVADO ( ) POCO FAVORABLE ( )





▪ **Reporte de Sesión**

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN- CEDEIM**  
**PREPORTE DE SESIÓN ÁREA PSICOLOGÍA INFANTIL**

FO-PI/CEA-10

FECHA:  
EXPEDIENTE:

NOMBRE:  
RESUMÉN DE SESIÓN:  
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICAS:  
TAREAS Y ACUERDOS:

PRÓXIMA CITA:

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
LICDA.  
CED. PROF.





**ABOGADA (O)**

- **Entrevista Inicial**

FO-AL\_CEA-01

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN-CEDEIM**  
**ENTREVISTA INICIAL ÁREA LEGAL PARA MUJERES, NIÑAS, NIÑOS Y**  
**ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR**

FECHA:		EXPEDIENTE:	
NOMBRE DE LA USUARIA:			
EDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO ACTUAL:			
TELÉFONO CASA:		TELÉFONO CELULAR:	
ESTADO CIVIL Y RÉGIMEN		ESCOLARIDAD: ( ) sabe leer y escribir ( ) comunidad indígena  ( ) dominio de otro idioma: _____	
OCUPACIÓN		TIPO VIOLENCIA	
HORARIO LABORAL:		( ) física ( ) sexual ( ) psicológica-emocional	
RAZÓN SOCIAL:		( ) económica ( ) patrimonial	





▪ Entrevista Inicial (continuación)

PERCEPCIÓN MENSUAL:		
MODALIDAD DE LA VIOLENCIA		
<input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> laboral docente <input type="checkbox"/> institucional <input type="checkbox"/> comunitaria		
Nombre Del Generador:	Edad:	Tiempo De Relación Con El Generador:
Ocupación	Número De Separaciones Previas:	
PERSONAS QUE DEPENDEN DE LA USUARIA:		

74



DATOS DE LOS DEPENDIENTES DE LA USUARIA			
NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	PARENTESCO
¿HA REALIZADO ALGÚN TRÁMITE LEGAL?  ( ) SI ( ) NO	TIPO:  ( ) FAMILIAR    ( ) PENAL    ( ) CIVIL		
AUTORIDAD ANTE QUIÉN LO REALIZÓ:			
FECHA:			





▪ **Entrevista Inicial (continuación)**

<b>PROBLEMÁTICA QUE PLANTEA ACTUALMENTE O MOTIVO DE ORIENTACIÓN:</b>	
<b>ACCIONES SUBSECUENTES</b>	
<b>SEGUIMIENTO CEA:</b>	
<b>CANALIZACIÓN:</b>	
<b>FECHA Y HORA DE PRÓXIMA SESIÓN</b>	
<b>NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA</b>	<b>LICDA. CEDULA PROFESIONAL:</b>



Ampliación de Entrevista Inicial (continuación)

FO-AL\_CEA-02

CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN-CEDEIM

AMPLIACIÓN DE ENTREVISTA INICIAL POBLACIÓN ABIERTA ÁREA LEGAL

CAPÍTULO I. HABITACIÓN

<b>CUÁNTO TIEMPO LLEVA HABITANDO EL DOMICILIO REFERIDO EN ENTREVISTA:</b>
<b>EL DOMICILIO QUE HABITABA ACTUALMENTE ES:</b> ( ) propiedad de cónyuge o pareja ( ) propiedad de la mujer ( ) rentada ( ) prestada ( ) vive con la familia de él ( ) vive con la familia de ella ( ) otro:-
<b>CUÁNTAS PERSONAS HABITAN EN LA VIVIENDA:</b>

CAPÍTULO II. ESCALA DE VIOLENCIA ACTUAL, PELIGROSIDAD DEL GENERADOR

<b>¿ACTUALMENTE VIVE VIOLENCIA?</b> ( ) SI ( ) NO	<b>¿HA SOLICITADO APOYO EN OTRA INSTITUCIÓN ANTES? ( ) SI ( ) NO</b>
<b>¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE USTED Y EL GENERADOR?</b> Pareja ( ) Ex pareja ( ) Padre ( ) Madre ( ) Hija/o ( ) otro:	
<b>ÁREAS LESIONADAS</b> ( ) Cabeza ( ) extremidades inferiores ( ) tronco ( ) sistema reproductor femenino externo ( ) extremidades superiores ( ) anal otra: _____	



▪ **Ampliación de Entrevista Inicial (continuación)**

<b>¿PROVOCARON INCAPACIDAD?</b>  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>¿EN DONDE HAN OCURRIDO LAS AGRESIONES?</b> <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> vía pública    otro: _____
--	---

- ¿Cuándo y cómo ocurrió la primera agresión?
- ¿Cuál es la agresión más frecuente?
- ¿Cuándo fue el último evento de violencia?

<b>LUGAR DEL ÚLTIMO EVENTO DE VIOLENCIA</b> <input type="checkbox"/> Espacio privado <input type="checkbox"/> espacio público <input type="checkbox"/> centro de trabajo <input type="checkbox"/> escuela
<b>FACTOR DESENCADENANTE:</b> <input type="checkbox"/> alcoholismo <input type="checkbox"/> drogadicción <input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> celos <input type="checkbox"/> diferencias ideológicas, políticas o religiosas  <input type="checkbox"/> Infidelidad <input type="checkbox"/> económico <input type="checkbox"/> patrimonial (celular, redes) otro: _____

- **¿LA HA AMENAZADO DE MUERTE EN FORMA VERBAL?**
- **¿EN ALGUNA OCASIÓN HA SENTIDO QUE SU VIDA HA ESTADO EN PELIGRO?**
- **¿SUS HIJAS/HIJOS HAN VIVIDO VIOLENCIA POR PARTE DEL GENERADOR?**





Ampliación de Entrevista Inicial (continuación)

<b>EL GENERADOR HA PERTENECIDO O PERTENECE A ALGUNA ORGANIZACIÓN DELICTIVA</b> ( ) SI ( ) NO CUAL:	
<b>¿HA PERTENECIDO O PERTENECE A INSTITUCIONES DE GOBIERNO, MILITARES, SINDICATOS?</b> ( ) SI ( ) NO CUAL:	
<b>ADICIONES</b> ( ) SI ( ) NO CUAL:	<b>ANTECEDENTES PENALES</b> ( ) SI ( ) NO ESPECIFICAR
<b>USO DE ARMAS</b> ( ) SI ( ) NO CUAL:	<b>ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS</b> ( ) SI ( ) NO CUAL:

<b>NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA</b>	<b>LICDA. CEDULA PROFESIONAL:</b>
-------------------------------------	---------------------------------------





- **Lectura de Derechos que le Asisten a las Mujeres Víctimas de Violencia y/o de Género**

FO-AL\_CEA-03

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN-CEDEIM**

**LECTURA DE DERECHOS QUE LE ASISTEN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y/O DE GÉNERO ENTREVISTA INICIAL POBLACIÓN ABIERTA DEL ÁREA LEGAL**

**Fecha:**

**Nombre Usuaría:**

**No. Expediente:**

**DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS.**

**Artículo 7.** Todos son iguales ante la ley y tienen sin distinción derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y Contra toda provocación a tal discriminación.

**CONVENCIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS HUMANOS.**

**Artículo 17.** Los Estados Parte deben tomar medidas apropiadas para asegurar la igualdad de derechos y la adecuada equivalencia de responsabilidades de los cónyuges en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del mismo. En caso de disolución, se adoptarán disposiciones que aseguren la protección necesaria de los hijos, sobre la base única del interés y conveniencia de ellos.

**Artículo 19.** Derechos del Niño Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

**Artículo 25.** Protección Judicial

1. Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales.





▪ **Lectura de Derechos que le Asisten a las Mujeres Víctimas de Violencia y/o de Género (continuación)**

2. Los Estados Parte se comprometen:

- a) a garantizar que la autoridad competente prevista por el sistema legal del Estado decidirá sobre los derechos de toda persona que interponga tal recurso;
- b) a desarrollar las posibilidades de recurso judicial, y
- c) a garantizar el cumplimiento, por las autoridades competentes, de toda decisión en que se haya estimado procedente el recurso.

<b>NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA</b>	<b>LICDA. CEDULA PROFESIONAL:</b>
-------------------------------------	---------------------------------------

80



**PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS**

**Artículo 17**

1. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación.
2. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.

**Artículo 23** La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

**Artículo 26.** Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.



- **Lectura de Derechos que le Asisten a las Mujeres Víctimas de Violencia y/o de Género (continuación)**

#### DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE

**Artículo VI.** Toda persona tiene derecho a constituir familia, elemento fundamental de la sociedad, y a recibir protección para ella.

#### CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

**Artículo 2.** Los Estados Parte condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto se compromete, a) y b) ... c) Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales o competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación.

**Artículo 11** Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos, en particular: ... f. El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.



<p><b>NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA</b></p>	<p><b>LICDA.</b> <b>CEDULA PROFESIONAL:</b></p>
--	---

- **Lectura de Derechos que le Asisten a las Mujeres Víctimas de Violencia y/o de Género (continuación)**

**CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER "CONVENCIÓN DE BELEM DO PARÁ"**

**Artículo 3.** Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

**Artículo 4.** Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: ... f. el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley

**Artículo 5.** Toda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Los Estados Parte reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de esos derechos.

**Artículo 7.** Los Estados Parte condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente: ... f. establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos.

Esta convención establece una serie de derechos específicos para las mujeres que todos los estados deben de proteger:

- a. el derecho a que se respete su vida;
- b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;
- c. el derecho a la libertad y a la seguridad personales;
- d. el derecho a no ser sometida a torturas;
- e. el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia;
- f. el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley;





- **Lectura de Derechos que le Asisten a las Mujeres Víctimas de Violencia y/o de Género (continuación)**

g. el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos;

h. el derecho a libertad de asociación; i. el derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley.

<b>NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA</b>	<b>LICDA.</b> <b>CEDULA PROFESIONAL:</b>
-------------------------------------	---





Plan de Trabajo

FO-AL\_CEA-04

CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN-CEDEIM  
PLAN DE TRABAJO INICIAL  
ÁREA LEGAL

Fecha:

Nombre Usuario:

No. Expediente:

CAPÍTULO I ATENCIÓN EN C.E.A. PREVIO CANALIZACIÓN

FECHA	ACCIONES
	•
	•
<b>SOLICITUDES DE JUICIOS DE USUARIA EN ATENCIÓN A SUS NECESIDADES EN ENTREVISTA INICIAL</b>	
	•
	•
	•
	•
	•
	•
	•

<b>NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA</b>	<b>LICDA. CEDULA PROFESIONAL:</b>
-------------------------------------	---------------------------------------





Plan de Trabajo (continuación)

FO-AL\_CEA-05

CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN-CEDEIM  
PLAN DE TRABAJO INICIAL  
ÁREA LEGAL

Fecha:

Nombre Usuario:

No. Expediente:

CAPÍTULO II DOCUMENTACIÓN CON LA QUE CUENTA LA USUARIA PARA DAR  
INICIO A ACCIONES LEGALES SOLICITADAS

FECHA	DOCUMENTACIÓN
	•
	•
	•
	•
	•
	•
	•
	•
	• Nombres de testigos: (opcional)

NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA	LICDA. CEDULA PROFESIONAL:
------------------------------	-------------------------------





- Plan de Trabajo (continuación)

FO-AL\_CEA-06

**INFORMACIÓN PARA REDACCIÓN DE HECHOS PARA LA ELABORACIÓN DE DENUNCIA O DEMANDA.**

Fecha en que se entrega formato a usuaria:

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Procedimiento sugerido, de acuerdo con las necesidades que refiere la usuaria en entrevista inicial:

\_\_\_\_\_

Se solicita a la usuaria la siguiente información con la única finalidad de elaborar los hechos de su demanda y/o denuncia; así mismo se le hace de su conocimiento que la presente información es confidencial y únicamente será utilizada y ventilada durante su PROCEDIMIENTO LEGAL.

Asimismo, se le hace de su conocimiento que deberá expresar tanto la fecha, lugar y nombres de personas COMPLETOS Y EXACTOS, lo anterior para estar en posibilidad de darle al Juez los elementos necesarios para llegar a la verdad de los hechos y tener un proceso legal exitoso.

1. ¿Dónde conoció a su generador?

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





▪ **Plan de Trabajo (continuación)**

¿Por qué lo conoció o quien los presentó?

---

---

---

2. ¿Qué tipo de parentesco y/o relación sostenía con su generador?

( ) Matrimonio Civil

( ) Matrimonio Eclesiástico

( ) Unión libre

Otro (especifique):

---

3. ¿Cuándo inició su relación de matrimonio y/o Unión libre?

---

---





▪ **Plan de Trabajo (continuación)**

Dirección donde iniciaron una vida en común. (especifica iniciando por calle, número, colonia, municipio y/o alcaldía, Estado y código postal).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Nombre completo y datos de sus hijos

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_





▪ **Plan de Trabajo (continuación)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuánto tiempo duró su relación de noviazgo y como era el trato?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. De toda la violencia que hayas sufrido deberás narrar por lo menos 3 hechos violentos, los cuales te haya generado tu pareja y/o familiar, deberás expresar fecha, lugar y circunstancias.

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar de los hechos: \_\_\_\_\_

Descripción de los hechos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





▪ **Plan de Trabajo (continuación)**

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar de los hechos: \_\_\_\_\_

Descripción de los hechos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar de los hechos: \_\_\_\_\_

Descripción de los hechos:

\_\_\_\_\_





▪ **Plan de Trabajo (continuación)**

---

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar de los hechos: \_\_\_\_\_

Descripción de los hechos:

---

---

---

---

---

---





▪ **Plan de Trabajo (continuación)**

7. Ahora debes narrar los hechos de violencia de los cuales hayan sido víctimas tus hijas e hijos generada por tu pareja y/o familiar:

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar de los hechos: \_\_\_\_\_

Descripción de los hechos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar de los hechos: \_\_\_\_\_

Descripción de los hechos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





Plan de Trabajo (continuación)

8. Descripción de demandas y/o denuncias previas

( ) Denuncia ante el Ministerio Público

( ) Demanda ante el Juez de lo Familiar y/o Civil

Fecha en que se inició: \_\_\_\_\_

Lugar donde se inició: \_\_\_\_\_

Delito y/o tipo de juicio: \_\_\_\_\_

Estado procesal del expediente: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

( ) Denuncia ante el Ministerio Público

( ) Demanda ante el Juez de lo Familiar y/o Civil

Fecha en que se inició: \_\_\_\_\_

Lugar donde se inició: \_\_\_\_\_

Delito y/o tipo de juicio: \_\_\_\_\_

Estado procesal del expediente: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_





- Plan de Trabajo (continuación)

**DATOS GENERALES DEL GENERADOR DE VIOLENCIA**

Nombre del Generador: \_\_\_\_\_

Domicilio Particular: (especifica iniciando por calle, número, colonia, municipio y/o alcaldía, Estado y código postal).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Horario en que se encuentra en casa: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Quién puede recibir la notificación? En caso de no encontrarse en casa y/o parentesco.

\_\_\_\_\_



- Plan de Trabajo (continuación)

---

---

---

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA</b></p>	<p><b>LICDA. CEDULA PROFESIONAL:</b></p>
--	--





▪ **Acciones Legales Precedentes**

FO-AL\_CEA-07

**CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN-CEDEIM  
ACCIONES LEGALES PRECEDENTES**

<b>Fecha:</b>	<b>Expediente:</b>
<b>Nombre de la usuaria:</b>	
<b>Propuestas De Soluciones:</b>	
<b>Observaciones</b>	
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	





▪ **Acciones Legales Procedentes (continuación)**

Yo \_\_\_\_\_, declaro de forma libre y espontánea que me han sido explicadas en forma clara y detallada las acciones legales que puedo emprender para ejercer los derechos que me asisten atendiendo a mis circunstancias particulares, manifestando que he comprendido totalmente en qué consisten cada una de las acciones legales procedentes, los beneficios e implicaciones que traen aparejados, el procedimiento a seguir y la temporalidad aproximada del proceso; en consecuencia y atendiendo a mis intereses manifiesto que es mi deseo:

<b>NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA</b>	<b>LICDA. CEDULA PROFESIONAL:</b>
-------------------------------------	---------------------------------------



▪ Bitácora de Seguimiento

FO-AL\_CEA-09

CENTRO EXTERNO DE ATENCIÓN-CEDEIM  
FICHA DE SEGUIMIENTO ÁREA LEGAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

ABOGADA: \_\_\_\_\_ CED.PROF.

Fecha	Acción / Actividad	Observaciones	Firma de usuario





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Mtra. Rosario Ramos Valdes	Mtra. Rosario Ramos Valdes	C. María Teresa Cebada Bautista
Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM)	Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM)	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	COORDINACIÓN DEL CEDEIM
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	BRINDAR REFUGIO, PROTECCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL ESPECIALIZADO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EXTREMA, SUS HIJAS E HIJOS.
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/MP/CEDEIM/002

## ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS

## ➤ OBJETIVO

Proporcionar protección, resguardo y atención integral multidisciplinaria a mujeres víctimas de violencia sus hijas e hijos cuando así lo soliciten, desde la perspectiva de género, derechos humanos acorde a sus características y/o necesidades.

## ➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, Estado de México a las personas servidoras públicas y personas prestadoras de servicios profesionales que se encuentran adscritas a esta Dirección; así como a las Mujeres Víctimas de Violencia, sus Hijas e Hijos.

## ➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

### Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Declaración y Plataforma de Acción Beijing.
- ◆ Convención sobre todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW).
- ◆ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994).
- ◆ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- ◆ Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- ◆ Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- ◆ Ley del Instituto Nacional de las Mujeres.
- ◆ Código Nacional de Procedimientos Penales.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- ◆ Modelo de Atención en Refugios para Mujeres Víctimas de Violencia y sus hijas e hijos.

### Estatal:

- ◆ Ley de Igualdad de Trato y Oportunidades entre Mujeres y Hombres del Estado de México.
- ◆ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México
- ◆ Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal denominados “Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia”.

- ◆ Código Penal para el Estado de México.
- ◆ Código Civil del Estado de México.

### **Municipal**

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

### ➤ **RESPONSABILIDADES**

#### **Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM); deberá:**

Dirigir, coordinar, administrar y supervisar los recursos humanos, materiales, económicos y equipamiento del CEDEIM.

Supervisar la orientación, asistencia profesional y especializada de calidad y con calidez a mujeres víctimas de violencia que así lo soliciten, a través del Centro Externo de Atención (CEA), Casa de Emergencia y Refugio para mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos.

Supervisar que se proporcione a las mujeres víctimas de violencia extrema, sus hijas e hijos cuando así lo soliciten, protección, refugio atención integral especializada desde la perspectiva de género, derechos humanos y una doctrina integral de los derechos de la infancia, de acuerdo la “Modelo de Atención en Refugios para Mujeres Víctimas de Violencia y sus Hijas e Hijos” del Instituto Nacional de las Mujeres y el modelo propio.

Supervisar que el CEA y Refugio para mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos, cuenten con el equipo profesional necesario como lo refiere el “Modelo de Atención en Refugios para Mujeres Víctimas de Violencia y sus Hijas e Hijos”, del Instituto Nacional de las Mujeres y el modelo propio, debiendo constituir el equipo multidisciplinario.

#### **Actividades del personal del “Refugio del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres”:**

##### **Encargada (o) del Refugio; deberá:**

Proponer los lineamientos y protocolos de atención para brindar protección, refugio, atención integral especializada a mujeres víctimas de violencia extrema, sus hijas e hijos.

Coordinar que el equipo multidisciplinario brinde atención desde una perspectiva de género y derechos humanos atendiendo de manera puntual los ejes rectores del respeto,



responsabilidad, honestidad y ética profesional que marca el “Modelo de Atención en Refugios para Mujeres Víctimas de Violencia y sus Hijas e Hijos.

Supervisar que los ingresos de mujeres víctimas de violencia sus hijas e hijos cumplan el perfil establecido en el modelo de atención

Verificar que las usuarias y/o núcleos familiares tenga una permanencia en refugio hasta por tres meses.

Supervisar el otorgamiento en la prestación de atención psicológica en Refugio para mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos, a través del acompañamiento terapéutico para reducir el deterioro y los trastornos emocionales causados por la violencia, en la modalidad individual, grupal, extendiéndose a las niñas y niños quienes se consideran sujetos de derechos.

Supervisar el otorgamiento de servicios jurídicos, representación y acompañamiento con el fin de garantizar a mujeres víctimas de la violencia de género, su derecho de acceso a la justicia, en caso de que deban llevar a cabo procedimientos judiciales de carácter civil, familiar y penal.

Gestionar con la Dirección de Salud del SMDIF, el otorgamiento de servicios médicos, en el refugio, a través de la promoción, prevención, autocuidado y hábitos de una vida saludable.

Supervisar el otorgamiento de servicios educativos en Refugio temporal, a través de formación integral que tome en consideración elementos para la igualdad de género y una formación libre de violencia para las usuarias las niñas y niños a fin de continuar con su formación escolarizada

Gestionar y supervisar el otorgamiento de capacitación para la inserción laboral, en refugio, a través de actividades que les proporcione conocimientos y habilidades que les faciliten obtener un empleo, o el desarrollo de una habilidad productiva no estereotipada y competitiva en el mercado de trabajo, a fin de lograr su empoderamiento económico.

Supervisar las gestiones realizadas en temas escolares, trámites administrativos, y demás que sean necesarios para la atención de la usuaria sus hijas e hijos.

Las demás que deriven de otros ordenamientos legales aplicables o le sean encomendados por la Dirección del Centro de Desarrollo Integral de las Mujeres, en el ámbito de su competencia.

### **Trabajador (a) Social, deberá:**

Brindar atención y orientación social a mujeres víctimas de violencia y elaborar el diagnóstico de caso de la posible usuaria de acuerdo al perfil de usuarias previamente establecido conforme la normatividad aplicable.

Recibir a la víctima, realizar entrevista inicial y elaborar el diagnóstico del caso de la usuaria; asimismo realizar un plan de acción en el proceso de atención y brindar seguimiento en la elaboración del plan de vida de las usuarias.

Apoyar en el fortalecimiento, restablecimiento, y en su caso encuentro de redes de apoyo; de igual forma realizar gestiones institucionales para recuperación de documentos personales, así como gestiones en materia educativa y acompañamiento en materia de salud.

Realizar acompañamiento a usuarias, sus hijas e hijos con la finalidad de atender diversas gestiones necesarias acorde al caso; asimismo realizar la apertura y resguardo del expediente integral y el correspondiente al área de trabajo social.

Entregar de manera consecutiva informes cualitativos y cuantitativos de los resultados en la implementación de acciones del proceso de atención a las usuarias; hacer de su conocimiento el avance o hallazgos en sus casos; implementar pláticas informativas; así como realizar trámites de egreso de las usuarias.

### **Psicóloga (o) de Adultas, deberá:**

Recibir a la víctima y realizar la entrevista inicial; además de brindar contención y atención en situación de crisis a las usuarias, en caso de ser requerido.

Realizar la apertura del expediente psicológico de la usuaria y la valoración psicológica; establecer el plan de trabajo terapéutico; brindar terapia psicológica individual y grupal a las usuarias; asignar tareas y actividades por sesión; y brindar apoyo y seguimiento en el diseño del proyecto de vida de las usuarias.

Integrar al expediente las bitácoras del proceso de terapia y realizar la valoración psicológica y diagnóstico psicológico para el egreso de la usuaria y el informe de cierre de caso; entregar de manera consecutiva informes cualitativos y cuantitativos de los resultados en la atención a las usuarias; así como presentarse a todas las reuniones del grupo multidisciplinario.

### **Psicóloga (o) Infantil, deberá:**

Brindar contención y atención a su llegada y en situación de crisis a las niñas, niños y/o adolescentes, en caso de ser requerido; recibir a la víctima y realizar la entrevista inicial; asimismo realizar la apertura del expediente de la niña, niño y/o adolescente.

Realizar el diagnóstico de la niña, niño y/o adolescente para la identificación de la situación de violencia en la que se encuentran; así como la entrevista con la madre de la niña, niño y/o adolescente.

Brindar atención psicológica, individual, grupal y familiar a las niñas, niños y adolescentes, que permitan dotarlas y dotarlos de herramientas necesarias, para identificar y reconocer la violencia, así como, las necesarias para que no continúen en estado de indefensión, aprender a poner límites y control de emociones.

### **Abogada (o), deberá:**

Recibir a la víctima y realizar la entrevista inicial; revisar si se ha iniciado algún proceso legal, para su seguimiento y atención; además de realizar la apertura del expediente jurídico de la usuaria.

Explicar a la usuaria los procedimientos que puede seguir en materia de derecho familiar y penal, para su caso; elaborar el diagnóstico y plan de intervención legal de la usuaria.

Proporcionar acompañamiento y representación legal ante el Ministerio Público, para la presentación de su denuncia y emisión de medidas de protección y seguridad de las usuarias, sus hijas e hijos.

Brindar representación y acompañamiento legal en su proceso judicial en materia familiar, en concordancia al caso, hasta la culminación del mismo; e informar a la usuaria de manera clara, y que ella pueda entender, el estado que guarda su proceso legal.

Realizar las gestiones necesarias, de ser necesario para el registro de nacimiento de las hijas e hijos de las usuarias.

Entregar de manera consecutiva informes cualitativos y cuantitativos de los resultados del seguimiento de los casos; realizar el informe de cierre de caso; así como presentarse a todas las reuniones del grupo multidisciplinario.

### **Pedagoga (o), deberá:**

Recibir a la víctima, sus hijas e hijos; realizar la entrevista inicial y la apertura del expediente correspondiente al área de pedagogía e identificar las necesidades de formación escolar y capacitación para el empleo.

Elaborar el plan de intervención para dar continuidad a la formación escolar y capacitación para el empleo; gestionar la revalidación o continuidad de los estudios; y brindar capacitación para el empleo.

Diseñar e implementar programas reeducativos integrales para las hijas e hijos de las usuarias, con la finalidad de continuar con su formación escolarizada; y referir a la bolsa de trabajo a las usuarias, en colaboración del equipo multidisciplinario.

Realizar el informe de cierre de caso y entregar de manera consecutiva informes cualitativos y cuantitativos de los resultados del seguimiento de los casos; así como presentarse a todas las reuniones del grupo multidisciplinario.

### **Enfermero(a), deberá:**

Recibir a la víctima, sus hijas e hijos y realizar la entrevista inicial; brindar atención inmediata en caso de que la usuaria sus hijas e hijos presente lesiones; asimismo realizar la apertura del expediente correspondiente al área de enfermería y elaborar la historia clínica y valoración general de las usuarias, sus hijas e hijos.

Brindar atención en los casos de síndrome post traumático de la familia, a través de la medicina alternativa; asimismo brindar educación para la salud y atención de salud preventiva mediante la toma de signos vitales a las usuarias, sus hijas e hijos.

Brindar atención inmediata en los casos de malestar físico (fiebre, vómito, diarrea, raspaduras, etc.) de las usuarias, sus hijas e hijos; de igual forma dar seguimiento a los asuntos que se presente entre las usuarias, así como con sus hijas e hijos durante su estancia.

Canalizar a las usuarias, sus hijas e hijos a atención médica de manera inmediata para su atención; y cuando lo considere necesario a las usuarias, sus hijas e hijos a las diferentes áreas de atención dentro del refugio.

Proporcionar los insumos de higiene personal, limpieza y de alimentos en los casos que se requiera.

Realizar el informe de cierre de caso y entregar de manera consecutiva informes cualitativos y cuantitativos de los resultados del seguimiento de los casos; así como presentarse a todas las reuniones del grupo multidisciplinario.

**Encargada (o) del C.E.A; deberá:**

Coordinar la canalización de mujeres víctimas de violencia sus hijas e hijos a refugios, siempre y cuando cumplan con el perfil de ingreso establecido por los refugios acorde a su modelo de atención

Supervisar por seis meses, el seguimiento brindado a mujeres, sus hijas e hijos que egresaron de Refugio

**Trabajador (a) Social, deberá:**

Realizar contacto con familiares para establecer redes de apoyo para las ex usuarias del refugio que faciliten su integración a la sociedad.

Dar seguimiento de casos de población abierta del C.E.A y a los casos a las usuarias, sus hijas e hijos (niñas, niños y adolescentes) egresados del refugio.

Realizar visitas domiciliarias a ex usuarias del Refugio; coordinar documentación y pertenencias de usuarias canalizadas a Refugio.

➤ **GLOSARIO**

- **Persona agresora:** La persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres.
- **Atención médica especializada:** Servicios médico-quirúrgicos, psicológicos, farmacéuticos y hospitalarios para la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mujeres víctimas de violencia. Las fases de atención pueden variar según el tipo y magnitud de la agresión sufrida y la valoración clínica integral de cada caso en particular.
- **Autonomía:** Capacidad de los individuos y de los pueblos de gobernarse o determinarse a sí mismos; en ella se incluye la no dependencia y la libertad para generar normas o criterios internos de decisión y actuación.
- **Centro Externo de Atención:** Espacio de atención que actúa en la prevención de nuevos sucesos violentos, en la atención a las secuelas y daños causados por la violencia, cuando esta no ha puesto en peligro la vida y/o se cuenta con redes de apoyo seguras; en la orientación y asesorías, así como en referencia de casos para la restauración de derechos y el acceso a la justicia, así como el ingreso y seguimiento a usuarias que egresan de Refugio-CEDEIM. Asimismo, realiza acciones para la prevención de la violencia como: talleres y pláticas de sensibilización en diferentes

espacios comunitarios e instituciones, la población objetivo son mujeres, niñas, niños y adolescentes que viven una situación de violencia de género en su modalidad familiar.

- **Derechos humanos de las mujeres:** Los derechos humanos son atributos que forman parte de la dignidad Humana y se han incorporado como derechos porque forman parte de unos ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales. Constituyen prerrogativas de la persona que el Estado tiene la obligación de proteger. Se habla de derechos humanos de las mujeres, para destacar que aún existe una brecha entre la ley y el ejercicio de los derechos. Hablar de la especificidad de los derechos de las mujeres no supone reconocer distintos derechos de los que tiene los hombres, sino subrayar las condiciones necesarias para ejercerlos en igualdad.
- **Equipo multidisciplinario:** Es un conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, abocados a resolver un problema complejo. El cual se conforma en el caso de Refugio por la/el Titular del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer, Trabajador(a) Social, Psicólogo(a) de Adultas, Psicólogo(a) Infantil, Abogado(a), Pedagogo(a) y Enfermero(a) y, en el caso del C.E.A. por la/el Coordinador(a) del Centro, Trabajador(a) Social, Psicólogo(a) de Adultas, Psicólogo(a) Infantil y Abogado(a).
- **Empoderamiento de las mujeres:** Es un proceso en el que las mujeres transitan de una situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión, a un estado de conciencia, autodeterminación y autonomía, que se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades.
- **Estereotipos:** Creencias sobre colectivos humanos que se construyen y comparten en y entre grupos dentro de una cultura determinada. Los estereotipos sólo llegan a ser sociales cuando son compartidos por un gran número de personas dentro de grupos o entidades sociales, por ejemplo, comunidad, sociedad, país. Se trata de definiciones simplistas usadas para discriminar a las personas a partir de convencionalismos que no toman en cuenta sus características, capacidades y sentimientos de manera analítica.
- **Medicina tradicional:** Es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundas de culturas diferentes, y usadas para el mantenimiento de un buen estado de la salud, así como en la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades físicas o mentales.
- **Modelo de atención:** Es el documento que integra y expresa los requerimientos, infraestructura, organización, procesos y características necesarias para la atención de las mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos, dentro de los refugios de atención especializada.
- **Perspectiva de género:** Visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres, se propone eliminar las causas de opresión de género como la desigualdad y la injusticia de las personas basadas en el sexo. Promueve la igualdad entre los sexos, a través de la equidad, adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde mujeres y hombres tengan el mismo valor.
- **Plan de seguridad:** Conjunto de acciones orientadas a prevenir un evento de violencia y/o a asegurar la integridad de la víctima y la de sus hijas e hijos.

- **Redes de apoyo:** Conjunto de relaciones interpersonales que hace posible la vinculación con personas del entorno y permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.
- **Refugio:** Espacio confidencial, seguro, temporal y gratuito, donde se prestan servicios especializados y atención integral a las víctimas de violencia (mujeres sus hijas e hijos), estas pueden permanecer hasta por tres meses. Su estadía tiene el propósito de romper con el ciclo de la violencia en que se encuentran inmersas y recuperen su autonomía en la toma de decisiones.
- **Servicios médicos:** Unidades médicas ya sean clínicas u hospitales donde las usuarias puedan tener atención específica acorde a sus padecimientos, esta puede ser de primer, segundo y tercer nivel.
- **Usuaría:** Es la persona que pide informes para conocer los servicios y en su caso, ser atendido por un psicólogo o trabajador social.
- **Víctima:** Mujer a quién se le inflige cualquier tipo de violencia.
- **Violencia contra las mujeres:** Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público.

#### ➤ ACRÓNIMOS

- **AMPEVFSyG:** Agencias del Ministerio Público Especializadas en Violencia Familiar, Sexual y de Género.
- **ANNAE:** Agencias del Ministerio Público para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes y Expósitos.
- **BANAVIM:** Banco Nacional de Datos de Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres.
- **CEDEIM:** Centro de Desarrollo Integral para la Mujer.
- **CEA:** Centro Externo de Atención.
- **CJM:** Centro de Justicia para las Mujeres.
- **CONAVIM:** Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.
- **INMUJERES:** Instituto Nacional de las Mujeres.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- **A.M.P.:** Agencia del Ministerio Público
- **PPNNA:** Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.
- **SEGOB:** Secretaría de Gobernación.

## ➤ INSUMOS

- Formato de criterios de ingreso.
- Formatos de solicitud de ingreso institucional.
- Bienes muebles para la permanencia de las usuarias.
- Ropa.
- Calzado.
- Alimentos.
- Artículos de higiene personal.
- Artículos de limpieza.
- Medicamentos.
- Equipo médico.
- Equipo de seguridad.
- Equipo para capacitaciones de inserción laboral
- Formatos de evaluación del equipo multidisciplinario.
- Formatos de seguimiento del equipo multidisciplinario.
- Formatos de egreso del equipo multidisciplinario.

## ➤ RESULTADOS

- Dar protección a las mujeres víctimas de violencia extrema sus hijas e hijos, mediante el resguardo en el espacio de seguridad y brindando atención integral especializada desde las perspectivas de género y derechos humanos en apego al “Modelo de Atención en Refugios para Mujeres Víctimas de Violencia sus Hijas e Hijos.

## ➤ POLÍTICAS

**Las políticas para el “Refugio del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer”, serán las siguientes:**

- Para ingresar al refugio, únicamente serán mujeres víctimas de violencia mayores de edad, solas o en compañía de sus hijas e hijos menores de 18 años, que se encuentren en situación de riesgo y carezcan de redes de apoyo.
- Pueden ingresar mujeres menores de 18 años que hayan vivido algún tipo de violencia, previa solicitud de los padres o tutores; en caso de no cubrir este requisito puede ingresar a petición de la instancia pertinente como medida precautoria.
- Se solicitará información de índole personal como lo son nombre, edad y domicilio, de las usuarias sus hijas e hijos.

- Las víctimas, previa valoración y bajo el mecanismo de referencia deben ser referidas por instancias de primer contacto y, en su caso, por valoración del C.E.A.
- Cuando se detecta que la víctima presenta una severa enfermedad física, discapacidad psiquiátrica, de adicción y con rasgos de vivir en situación de calle, deberá ser canalizada a las instancias correspondientes para su adecuada atención.
- Para el ingreso, el equipo multidisciplinario deberá ratificar dicha valoración para determinar su permanencia. En todo momento el ingreso debe ser voluntario.
- Antes de su ingreso, la víctima deberá leer y firmar la solicitud de ingreso, reglamento interno de las usuarias y el aviso de privacidad.
- La permanencia en el refugio es de un máximo de tres meses.
- Durante su estancia la usuaria deberá cumplir con lo establecido en el reglamento interno de usuarias.
- Durante su estancia las usuarias, sus hijas e hijos, recibirá atención de las distintas áreas que integran el equipo multidisciplinario, bajo los principios de confidencialidad, respeto, no re victimización, calidad y calidez.
- El equipo multidisciplinario deberá documentar de acuerdo a los formatos previamente establecidos el proceso de atención de las usuarias, sus hijas e hijos y los integrará debidamente en el expediente.
- Durante la estancia de la usuaria, sus hijas e hijos en Refugio CEDEIM se les proporcionará hospedaje, alimentos, ropa, calzado, productos de higiene personal, productos de limpieza, atención médica y medicinas de manera gratuita.
- Los egresos pueden ser por voluntarios por término del proceso o solicitud de la usuaria y necesarios por incumplimiento del reglamento interno de usuarias o que es su caso ponga en riesgo a la población.
- El seguimiento de los casos se dará por un máximo de seis meses, a través del C.E.A. al egreso de la usuaria, se determinarán los medios idóneos para ello los cuales deben permitir conocer la situación seguridad de la víctima, en los casos donde el domicilio de la usuaria no permita su seguimiento de manera oportuna este proceso será referido a las instancias pertinentes.

➤ **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
<b>INICIO</b>		
Equipo multidisciplinario del Refugio	1	Se corrobora que la víctima cubre el perfil y requerimientos para su ingreso y proceden a dar inicio al proceso de ingreso.
Abogada (o) del Refugio CEDEIM	2	La usuaria lee y firma su solicitud de ingreso voluntario, reglamento interno de usuarias y aviso de privacidad.
Trabajado r(a) Social del Refugio CEDEIM	3	Realiza el resguardo de las pertenencias con las que llega la usuaria.
Trabajador (a) Social del Refugio CEDEIM	4	Apertura el expediente general, el cual deberá ser integrado por cada integrante del equipo multidisciplinario.
Trabajador (a) Social del Refugio CEDEIM	5	Entrega a la usuaria ropa, calzado, productos de higiene personal y productos de limpieza, así como asigna la habitación que ocupará.
Enfermera (o) del Refugio CEDEIM	6	Elabora la historia clínica y valoración médica general de la usuaria su hijas e hijos. En caso de requerirse atención médica de primer, segundo o tercer nivel, se canaliza a la instancia correspondiente.
Equipo multidisciplinario del Refugio CEDEIM	7	Aplican la entrevista inicial complementaria sobre datos no especificados en el formato de "Formato de Canalización a Refugio" necesarios para la atención de su caso.
Abogada (o) de Refugio CEDEIM	8	Realiza la valoración y elaboración del plan de intervención legal de la usuaria.
Abogada (o) de Refugio CEDEIM	9	Hace de conocimiento de la usuaria las acciones a seguir explicándole el alcance de las mismas y solicita el consentimiento de la usuaria de iniciar el plan de intervención legal a seguir
Abogada (o) de Refugio CEDEIM	10	Da seguimiento al plan de intervención legal.
Trabajador (a) Social del Refugio CEDEIM	11	Realiza la valoración y elaboración del plan de intervención social de la usuaria.
Trabajador (a) Social del Refugio CEDEIM	12	Hace de conocimiento de la usuaria las acciones a seguir explicándole el alcance de las mismas y solicita el consentimiento de la usuaria de iniciar el plan de intervención social a seguir



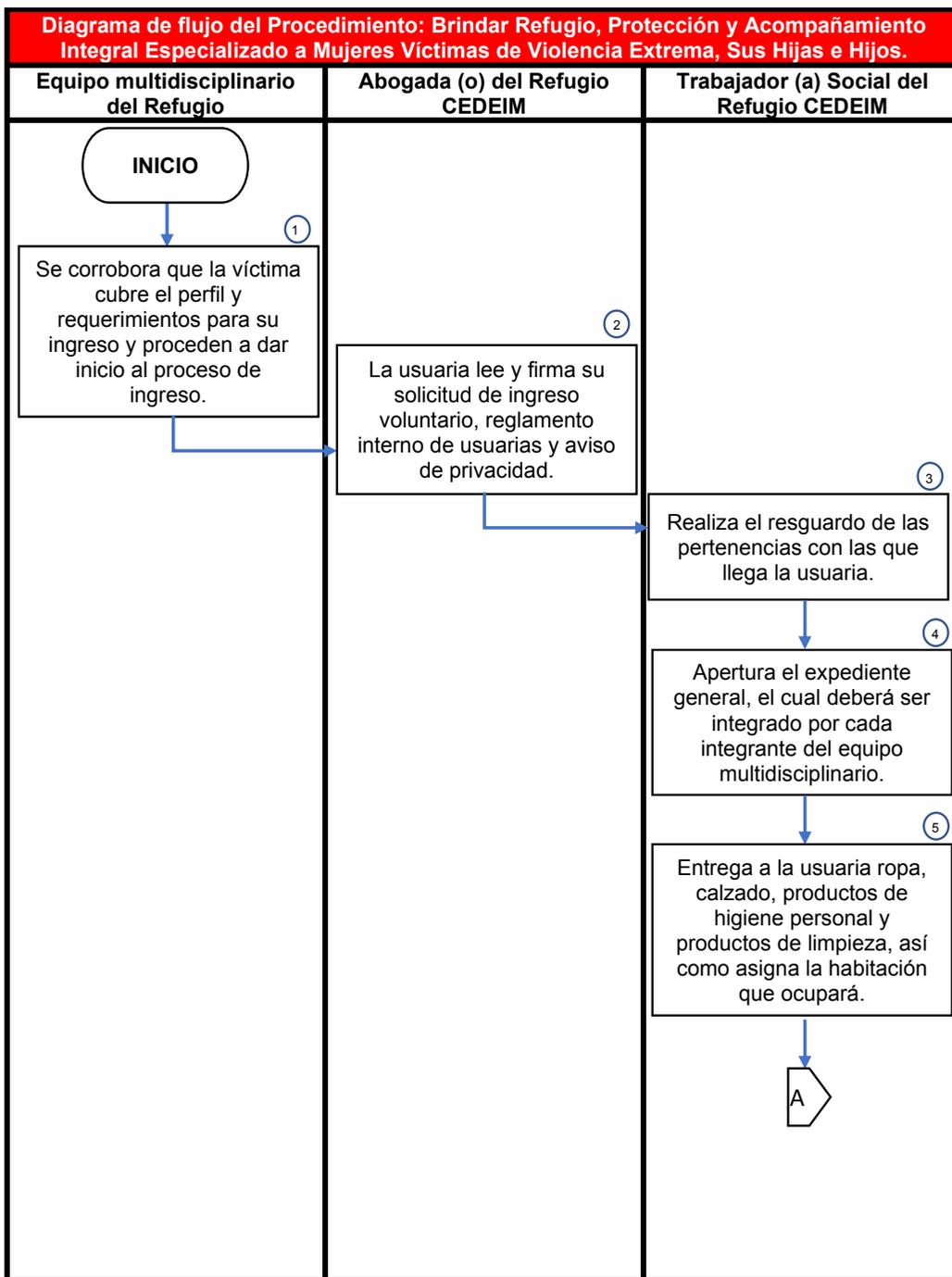
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
Trabajadora (o) Social del Refugio CEDEIM	13	Da seguimiento al plan de intervención social.
Psicóloga (o) de Adultas del Refugio CEDEIM	14	Realiza la valoración psicológica y elabora el plan de intervención terapéutica de la usuaria
Psicóloga (o) de Adultas del Refugio CEDEIM	15	Hace de conocimiento de la usuaria las acciones a seguir explicándole el alcance de las mismas y solicita el consentimiento de la usuaria de iniciar el plan de intervención psicológica a seguir
Psicóloga (o) de Adultas del Refugio CEDEIM	16	Da seguimiento al plan de intervención psicológica.
Psicóloga (o) Infantil del Refugio CEDEIM	17	Realiza el diagnóstico de la niña, niño y/o adolescente, para la identificación de la situación de violencia en la que se encuentran, establece el plan de trabajo terapéutico.
Psicóloga (o) Infantil del Refugio CEDEIM	18	Hace de conocimiento de la usuaria sus hijas e hijos, las acciones a seguir explicándole el alcance de las mismas y solicita el consentimiento de la usuaria de iniciar el plan de intervención psicológica a seguir
Psicóloga (o) Infantil del Refugio CEDEIM	19	Brinda atención psicológica, individual, grupal y familiar, que permitan dotarlas y dotarlos de herramientas para identificar y reconocer la violencia, así como, las necesarias para que no continúen en estado de indefensión, aprender a poner límites y control de emociones.
Pedagoga (o) del Refugio CEDEIM	20	Identifica las necesidades de formación escolar y capacitación para el empleo, y elabora el plan de intervención escolar y capacitación para el empleo. Diseña programas reeducativos integrales para las hijas e hijos de las usuarias, con la finalidad de continuar con su formación escolar.
Pedagoga (o) del Refugio CEDEIM	21	Hace de conocimiento de la usuaria sus hijas e hijos, las acciones a seguir explicándole el alcance de las mismas y solicita el consentimiento de la usuaria de iniciar el plan de intervención pedagógico a seguir.
Pedagoga (o) del Refugio CEDEIM	22	Da seguimiento al plan de intervención pedagógico al núcleo familiar
Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM) / Encargada (o) del Refugio	23	Supervisa, monitorea y de seguimiento a la atención que brinda cada una de las áreas de atención dentro del refugio. E informa a la titular

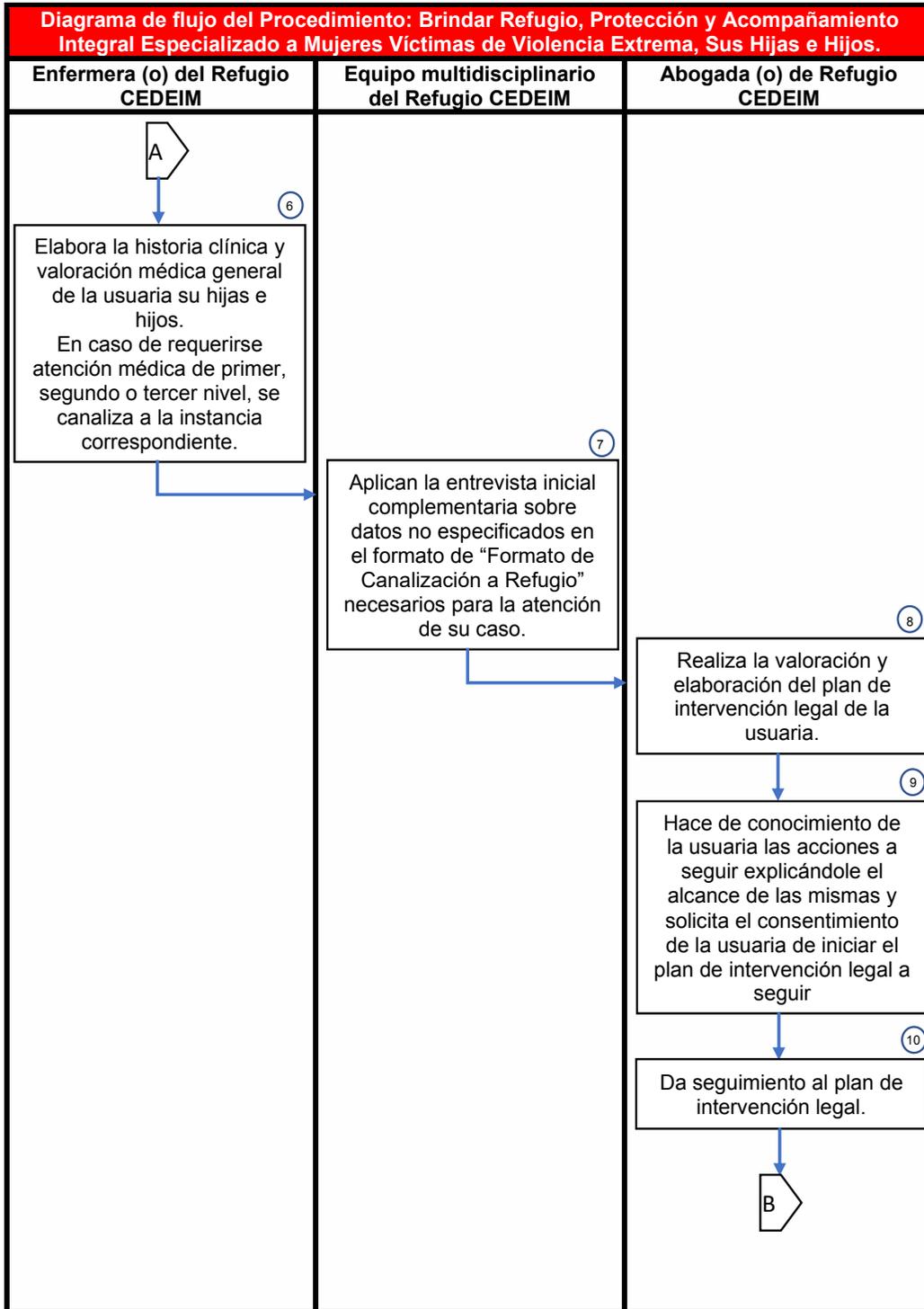


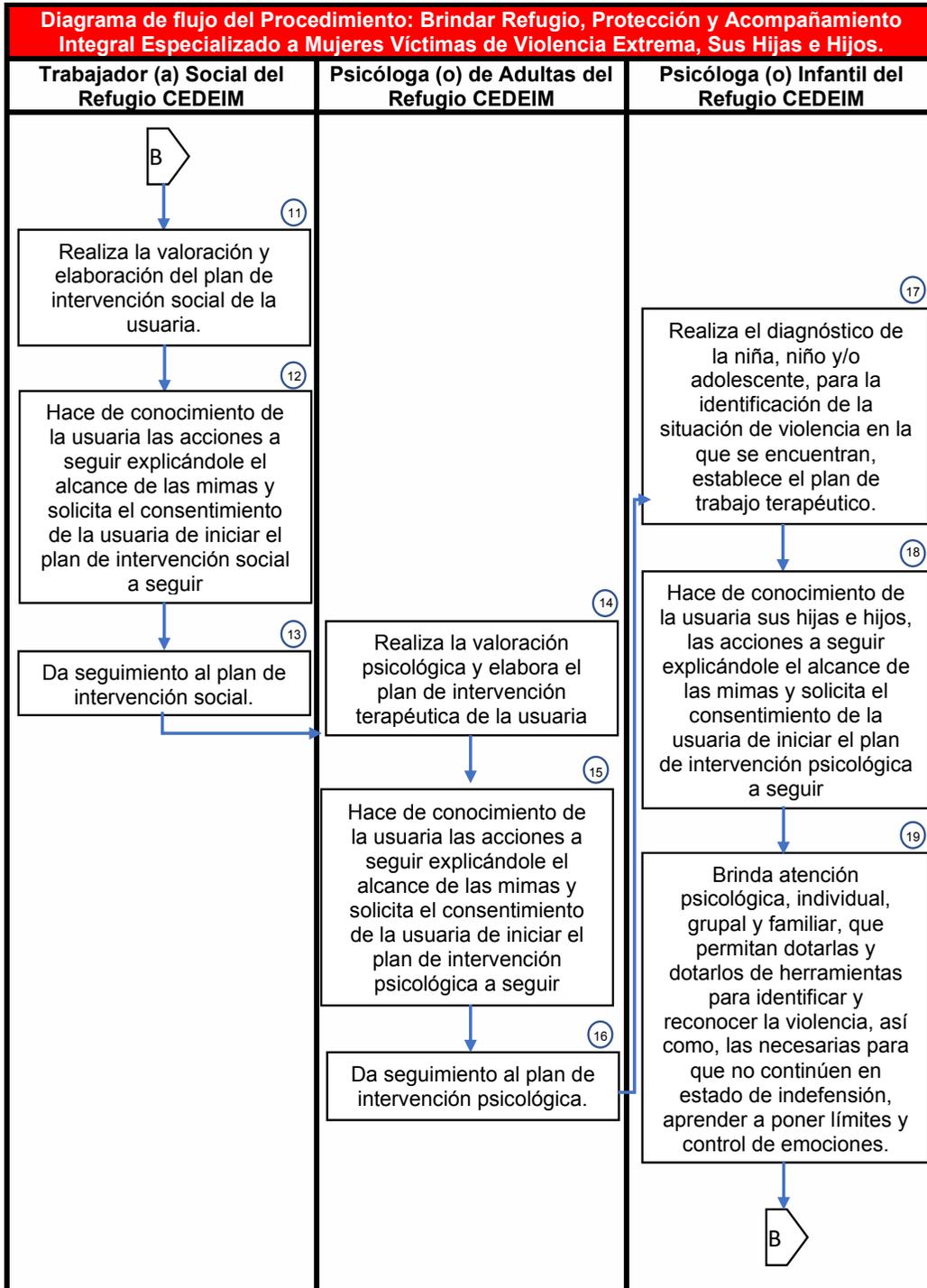
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
		de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres.
<b>Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM) / Encargada (o) del Refugio</b>	24	Convoca a reunión multidisciplinaria para corroborar los avances y retos de la atención brindada a cada una de las usuarias
<b>Equipo multidisciplinario del Refugio CEDEIM</b>	25	Estable de acuerdo con sus seguimientos el proceso de egreso de las usuarias por incumplimiento de reglamento, solicitud voluntaria o por cubrir el tiempo máximo de su permanencia.
<b>Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM)</b>	26	Convoca a reunión multidisciplinaria para establecer el procedimiento de egreso y seguimiento de las usuarias.
<b>Encargada (o) del Refugio</b>	27	Se comunica con él o la responsable de CEA para dar aviso del egreso y agendar la primera cita de seguimiento.
<b>Equipo multidisciplinario de Refugio</b>	28	Realiza proceso de egreso de la usuaria sus hijas e hijos.
<b>FIN</b>		

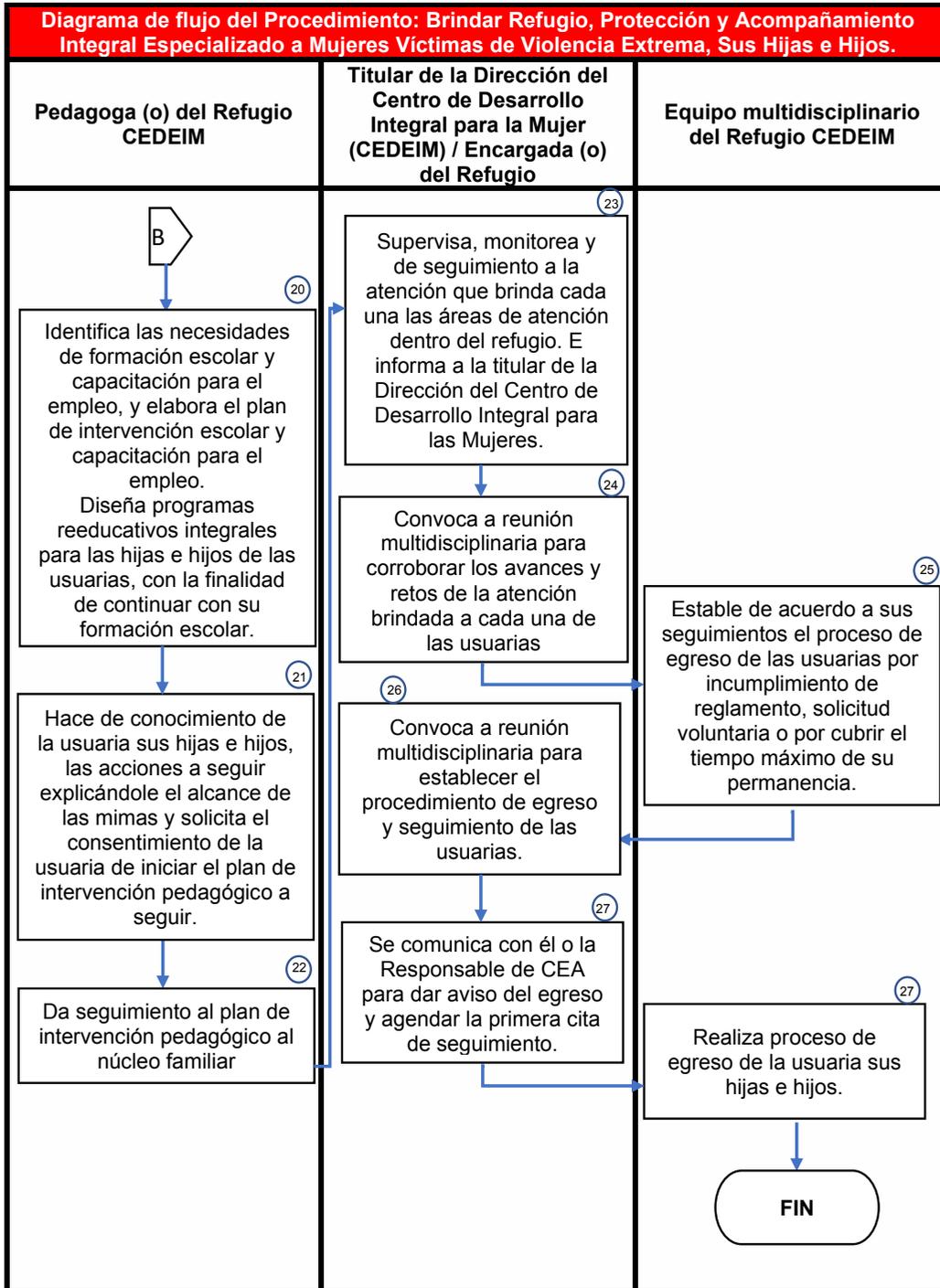


➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**











➤ **FORMATOS**

**TRABAJO SOCIAL**

- **Formato de Solicitud de Ingreso a Refugio**

**FORMATO SOLICITUD DE INGRESO A REFUGIO PARA MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA, SUS HIJAS E HIJOS**

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre de usuaria: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Número de Hijos y edades \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Tipo de Violencia: \_\_\_\_\_

Presenta lesiones: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DESCRIBALAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se realizó valoración por parte del equipo multidisciplinario SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cubre con los criterios del perfil de Ingreso: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Se proporcionó información a la usuaria sobre el reglamento interno, periodo de adaptación, espacio a puertas cerradas y actividades que se desarrollan dentro del refugio: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Solicitud de la usuaria:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y firma de la Usuaria: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Área que canaliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y firma de la Coordinadora: \_\_\_\_\_





▪ **Formato de Ingreso**

Fecha: \_\_\_\_\_

**I. FORMATO DE INGRESO**

Llega por sus propios medios

Canalizada por alguna institución

En caso de llegar por sus propios medios, como se enteró del servicio

Canalizada por PPNyA

**II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE CANALIZA**

Institución que canaliza: \_\_\_\_\_

Persona responsable de la canalización: \_\_\_\_\_

Teléfono para localización: \_\_\_\_\_

**III. DATOS DE LA USUARIA VICTIMA DE LA VIOLENCIA**

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Edad y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

3. Teléfono: \_\_\_\_\_

4. Domicilio: \_\_\_\_\_

5. Estado conyugal y convivencia \_\_\_\_\_

6. Nacionalidad \_\_\_\_\_

7. Lugar de Nacimiento (estado y municipio) \_\_\_\_\_

8. Hijos vivos

Si  No  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

9. Están registrados con los apellidos del padre

Si  No  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

10. Datos de los hijos (marcar quienes actualmente se encuentran con ella)

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Ingresa a refugio	
			Si	No





▪ **Formato de Ingreso (continuación)**


**Escolaridad de las hijas e hijos que ingresan a refugio**

Nombre de la escuela	Dirección	Teléfono	Profesor

**11. Actualmente se encuentra embarazada**

Si ( ) No ( ) ¿Cuántos meses de gestación? \_\_\_\_\_

**12. Fecha ultima de menstruación**

**13. Método de planificación familiar**

**14. Presenta alguna discapacidad**

Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**15. Escolaridad**

Analfabeta	( )	Preparatoria	( )
Analfabeta funcional	( )	Preparatoria inconclusa	( )
Primaria	( )	Licenciatura	( )
Primaria inconclusa	( )	Licenciatura trunca	( )
Secundaria	( )	Carrera técnica	( )
Secundaria inconclusa	( )	Posgrado	( )

¿Cuál? : \_\_\_\_\_

**16. Seguridad Social**

IMSS	( )	Centro de salud	( )	Similar	( )
ISSSTE	( )	Seguro popular	( )	Genérico	( )
PEMEX	( )	Privado	( )	Otra	( )





Formato de Ingreso (continuación)

17. Actividad a la que se dedica

- Hogar  Pensionada
- Empleada del hogar  Empleada
- Estudiante  Negocio Propio
- Comerciante  Obrera
- Otra  Especifique: \_\_\_\_\_

18. Idioma y/o lengua:

19. Modalidad

- Familiar  Docente  Institucional
- Laboral  De la comunidad  Feminicida

20. Tipo de violencia

- Física  Sexual  Psicológica
- Económica  Patrimonial  Otra

21. Frecuencia del ciclo de violencia en cualquiera de sus tipos

Tipo de violencia	Único	Diario	1 vez a la semana	2 o 3 veces a la semana	Cada mes	Cada 15 días
Física						
Económica						
Psicológica						
Sexual						
Patrimonial						

22. Describa los hechos violentos más recurrentes

Empty text box for describing recurrent violent acts.

23. Lugar de ocurrencia

- Mismo que su domicilio  Lugar publico
- Lugar privado  Casa de familiares o amigos





▪ **Formato de Ingreso (continuación)**

Transporte ( ) Lugar de trabajo ( )

**IV. DESCRIPCIÓN DE LESIONES**

**24. Lesiones físicas**

Laceración ( )	Quemadura ( )	Herida ( )
Contusión ( )	Mallugamiento ( )	Luxación ( )
Esguince ( )	Mordida ( )	Fractura ( )
Aborto ( )	Dolor de cabeza ( )	Muerte ( )
otro ( )	¿Cuál? _____	

**25. ¿presenta lesiones físicas anteriores o recientes?**

Describalas: \_\_\_\_\_

**26. Lesiones sexuales**

Infecciones vaginales ( )	Sangrado vaginal ( )	Desgarre ( )
Ardor vaginal ( )	Embarazo no deseado ( )	ETS ( )

**OTRO ( ) ¿Cuál?** \_\_\_\_\_

**27. Área anatómica de lesiones**

Cabeza ( )	Cara ( )	Cuello ( )	Tórax ( )
Abdomen ( )	espalda ( )	Pelvis ( )	Glúteos ( )
Genitales ( )	Columna ( )	Piernas ( )	Brazos y manos ( )

Describe \_\_\_\_\_

**28. Nivel de gravedad**

<b>Bajo</b> ( )	<b>Medio</b> ( )	<b>Alto</b> ( )
-----------------	------------------	-----------------

**29. Agente de lesión**

Pie ( )	Manos ( )	Cabeza ( )
Boca ( )	fuego ( )	Sustancias calientes ( )
Cuerpo extraño ( )	Asfixia ( )	Intoxicación por drogas ( )
Intoxicación por medicamentos ( )	Arama de fuego ( )	Objetos punzocortantes ( )
Golpe contra el piso ( )	Mordedura de animal ( )	Intento de ahogamiento ( )
Intento de ahorcamiento ( )	Atropellamiento ( )	Sacudidas ( )
Jalones ( )	Envenenamiento ( )	otros ( )





▪ **Formato de Ingreso (continuación)**

**30. Daños psicológicos**

Tristeza	( )	Depresión	( )	Ansiedad	( )
Estrés	( )	Trastorno	( )	Pérdida de	( )
		psiquiátrico		apetito	
Aumento de	( )	Angustia	( )	Miedo	( )
apetito					
Insomnio	( )	Pensamiento	( )	Intento suicida	( )
		suicida			
Aislamiento	( )	otro	( ) ¿Cuál?		
social					

**31. Como se muestra la usuaria durante la entrevista:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**32. Daños económicos**

No le da gasto	( )	Perdió dinero	( )	Perdió el trabajo	( )
Dejo de estudiar	( )	Perdió propiedades	( )	Otro	( )

**31. En algún momento de su vida ha sido víctima de violencia (noviazgo, padres, escuela, abandono)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V. ANTECEDENTES MÉDICOS**

**34. Padece alguna enfermedad grave o infectocontagiosa**

Si ( ) No ( )

¿Cuál?

¿Desde hace cuánto?

**35. Que medicamento toma**

**36. Horario y Cantidad**

**37. alguno de sus hijos padece alguna enfermedad crónica o infectocontagiosa**

Si ( ) No ( )

38. ¿Qué medicamento toma?

\_\_\_\_\_





▪ **Formato de Ingreso (continuación)**

39. **Horario y Cantidad**

**VI. ADICIONES**

40. **Consume alguna droga**

Sustancia nociva	Frecuencia	Sustancia nociva	Frecuencia
Alcohol	SI ( ) NO ( )	Cristal	SI ( ) NO ( )
Cigarro	SI ( ) NO ( )	Inhalantes	SI ( ) NO ( )
Marihuana	SI ( ) NO ( )	Perico	SI ( ) NO ( )
Cocaína	SI ( ) NO ( )	Piedra	SI ( ) NO ( )
Otra		Heroína	SI ( ) NO ( )

**VII. ANTECEDENTES MÉDICOS PSQUIÁTRICOS**

<b>41. Se le ha diagnosticado con algún padecimiento psiquiátrico</b>	
SI ( ) NO ( )	¿Cuál?
<b>42. Desde cuando</b>	
<b>43. Medicamento que toma y como lo toma</b>	
<b>44. Efectos secundarios:</b>	
<b>45. Institución que le atiende:</b>	

**46. Alguna ocasión ha pensado o intentado suicidarse**  
SI ( ) NO ( ) ¿cuantas veces? Especifique si lo ha intentado o pensado

**47. Fecha del último intento**

**48. Mecanismo con el que lo intento (especifique)**

**VIII. ANTECEDENTES JURÍDICOS**

**49. Alguna vez ha iniciado denuncia ante alguna autoridad por violencia familiar, delitos sexuales, lesiones, etc.**

SI ( ) NO ( ) Cuando:

**50. Donde:**

**51. ¿por que delito?**

**52. En el último hecho violento inicio denuncia**

SI ( ) NO ( )

¿Por qué?

Desea iniciar denuncia





▪ **Formato de Ingreso (continuación)**

\_\_\_\_\_

**IX. REDES FAMILIARES**

53. Nombre de las personas mas cercanas o que le han proporcionado ayuda y en cuantas ocasiones

54. Amistades de personas que podrían brindarle su apoyo

55. nombre y teléfono de algún familiar o familiares

56. Nombre y teléfono de alguna amiga o persona conocida cercana

57. alguna vez ha estado en algún albergue		
Si ( )	No ( )	¿Cuál?
Donde se ubica y por cuanto tiempo:		
Motivo de egreso:		

58. Alguna vez usted ha sido denunciado o reportado por algún tipo de violencia

Si ( ) No ( ) Cuando: \_\_\_\_\_

Donde: \_\_\_\_\_

59. Menores han sido víctimas d violencia

Nombre del agresor:

Tipo de violencia y especificación:

Violación si ( ) No ( )

Lesiones

Lugar donde ocurrió (sala, cocina, recamara, vio publica, escuela etc.

\_\_\_\_\_





- **Formato de Ingreso (continuación)**

**X. FAMILIOGRAMA**





- **Formato de Ingreso (continuación)**

**XI. DESCRIPCIÓN DE HECHOS VIOLENTOS**

**XII. OBSERVACIONES**



▪ **Formato de Ingreso (continuación)**

**Datos socioeconómicos**

**NIVEL SOCIOECONÓMICO**

DOCUMENTOS PERSONALES					
Acta de nacimiento		Pasaporte			
Acta de matrimonio		CURP			
Acta de nacimiento de hija/hijo		CURP hija/hijo			
INE					

DOCUMENTOS JURÍDICOS					
Denuncia de Investigación		Díctamen psicológico		Ninguno	
Constancia de hechos		Examen medico legista		Otros (especifique)	

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA					
Televisión		Computadora		Teléfono	
Refrigerador		Lavadora		Internet	
Automóvil		Drenaje		Pavimentación	
Cisterna		Agua potable			
Otro servicio					

VIVIENDA							
Material de construcción de la vivienda	concreto	Lamina asbesto o fierro	Lamina de cartón	Madera	Adobe	otro	
Material de las paredes de la vivienda	Esta aplanado	Ladrillo rojo	block	ladrillo	cartón	Otro:	
Material del piso de la vivienda	Loseta	madera	concreto	Tierra	Otro:		
Número de personas que habitan en la vivienda		Numero de personas que duermen por habitación		Numero de espacios en la vivienda			
				Recamaras			
				Sala			
				Comedor			
				Cocina			
Vivienda rentada		Vivienda propia		Vivienda prestada			
				Baño medio			
Vivienda de suegros		Vivienda de algún familiar		Vivienda prestada			
				Baño completo			





- Formato de Ingreso (continuación)

ZONA DE LA VIVIENDA		
Urbana	rural	Sub urbana

NIVEL ECONÓMICO (solo gastos que se paguen con la aportación del gasto)					
Ingreso mensual		Déficit		Superávit	
Alimentos	\$	Agua	\$	Gas	\$
Luz	\$	Renta	\$	Vestido	\$
Medico	\$	Diversión	\$	Gastos de escuela	\$
teléfono	\$	Internet	\$	Otros	\$
Total					





Formato de Ingreso (continuación)

I. DATOS DEL GENERADOR DE VIOLENCIA

1. NOMBRE	
2. EDAD Y FECHA E NACIMIENTO	3. TELÉFONO
4. DOMICILIO	
5. ESTADO CONYUGAL	6. NACIONALIDAD
7. LUGAR DE NACIMIENTO	
8. TIPO DE RELACIÓN CON LA VICTIMA	

II. ESCOLARIDAD

Analfabeta	<input type="radio"/>	Media superior	<input type="radio"/>
Analfabeta funcional	<input type="radio"/>	Medio superior inconclusa	<input type="radio"/>
Primaria	<input type="radio"/>	Licenciatura	<input type="radio"/>
Primaria inconclusa	<input type="radio"/>	Licenciatura inconclusa	<input type="radio"/>
Secundaria	<input type="radio"/>	Posgrado	<input type="radio"/>
Secundaria inconclusa	<input type="radio"/>		

Especifique si hay carrera técnica o licenciatura: \_\_\_\_\_

9. PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

III. SEGURIDAD SOCIAL

IMSS	<input type="radio"/>	Genérico	<input type="radio"/>
ISSSTE	<input type="radio"/>	Hospital general	<input type="radio"/>
PEMEX	<input type="radio"/>	No acude al médico	<input type="radio"/>
Centro Salud	<input type="radio"/>		
Privado	<input type="radio"/>		
Similar	<input type="radio"/>		





▪ **Formato de Ingreso (continuación)**

**IV. ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA**

- |                  |                       |                  |                       |
|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| Desempleado      | <input type="radio"/> | Pensionado       | <input type="radio"/> |
| Empleado         | <input type="radio"/> | Obrero           | <input type="radio"/> |
| Estudiante       | <input type="radio"/> | Comerciante      | <input type="radio"/> |
| Servidor público | <input type="radio"/> | Actos delictivos | <input type="radio"/> |

Especifique la actividad:

Especifique si es servidor público cargo y lugar de trabajo:

Especifique si es actividad delictiva:

**10. IDIOMA Y/O LENGUA**

**V. ADICIONES**

CONSUME	DIARIO	UNA POR SEMANA	DOS POR SEMANA	ESPORADICO	EN REUNIONES
ALCOHOL					
MARIHUANA					
COCAINA					
CIGARRO					
INHALANTES					
MEDICAMENTOS					
OTRO					

**11. CUANDO OCUREN LOS EVENTOS DE VIOLENCIA EL AGRESOR SE ENCUENTRA BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA SUSTANCIA ADICTIVA**

SI ( ) NO ( ) ALGUNAS VECES ( )

**12. EN EL ÚLTIMO EVENTO VIOLENTO SE ENCONTRABA BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA SUSTANCIA ADICTIVA**

SI ( ) NO ( )

**VI. TIENE ALGUN TIPO DE ARMA**





▪ **Formato de Ingreso (continuación)**

Arma de fuego corta	( )	Arma de fuego larga	( )
Cuchillo	( )	Machete	( )
Picahielos	( )	Puntas	( )
Hacha	( )	Navajas	( )
Ninguna	( )	Otra	( )

¿porta dicha arma? Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**VII. ANTECEDENTES MÉDICOS**

**13. PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O INFECTOCONTAGIOSA**

SI ( ) NO ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**14. QUE MEDICAMENTO TOMA**

15. HORARIO Y CANTIDAD

**VIII. ANTECEDENTES MÉDICOS Y PSQUIÁTRICOS**

**15. SE LE HA DIAGNOSTICADO ALGÚN PADECIMIENTO PSQUIÁTRICO**

SI ( ) NO ( ) ¿ALGUNA? \_\_\_\_\_

**16. DESDE CUANDO**

17. MEDICAMENTO QUE TOMA

18. FRECUENCIA

19. EFECTOS SECUNDARIOS

20. INSTITUCIÓN QUE LO ATIENDE

**IX. ANTECEDENTES PENALES**

**21. CUENTA CON ANTECEDENTES PENALES**

SI ( ) NO ( ) ¿Cuál?

**22. HA SIDO DENUNCIADO POR ALGÚN DELITO**

SI ( ) NO ( ) ¿Cuál?

**X. MEDIA FILIACIÓN Y SEÑAS PARTICULARES**

complexión	_____	Cejas	_____
Color de piel	_____	Color de ojos	_____
Color de cabello	_____	Tamaño de ojos	_____
Forma de cabello	_____	Tipo de nariz	_____





▪ **Formato de Ingreso (continuación)**

Corte de cabello	_____	Tamaño de nariz	_____
Lunares visibles	_____	Tamaño de boca	_____
Cicatrices	_____	Grosor de labios	_____
Tatuajes	_____		

XI. **RELACIONES DE PAREJA**

23. ANTERIORMENTE HA ESTADO CASADO

SI ( ) NO ( )

24. TIENE HIJOS DE REALCIONES ANTERIORES

SI ( ) NO ( ) ¿ CUANTOS? \_\_\_\_\_

25. RELACIONES POSTERIORES A LA UNIÓN CON USTED

SI ( ) NO ( )

26. TIENE HIJOS DE ESA RELACIÓN

SI ( ) NO ( ) ¿ CUANTOS? \_\_\_\_\_

27. INGRESOS

\_\_\_\_\_

28. TIENE VINCULOS POLITICOS O MILITARES

SI ( ) NO ( ) QUIENES \_\_\_\_\_

XII. **OBSERAVCIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





- **Formato de Ingreso (continuación)**

---

---

---

---

---

---

Nombre y firma de usuario

Nombre y firma de profesionista





▪ Información Integral

**EXPEDIENTE INTEGRAL  
INFORMACIÓN INTEGRAL**

Fecha: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Hijas/hijos si ( ) no ( )                      Numero: \_\_\_\_\_

Sexo y edades de cada hija/o señalar si ingresa o no ingresa:

					Ingres	No ingres
Sexo mujer	<input type="radio"/>	hombre	<input type="radio"/>	edad _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo mujer	<input type="radio"/>	hombre	<input type="radio"/>	edad _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo mujer	<input type="radio"/>	hombre	<input type="radio"/>	edad _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo mujer	<input type="radio"/>	hombre	<input type="radio"/>	edad _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo mujer	<input type="radio"/>	hombre	<input type="radio"/>	edad _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo mujer	<input type="radio"/>	hombre	<input type="radio"/>	edad _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo mujer	<input type="radio"/>	hombre	<input type="radio"/>	edad _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**REDES DE APOYO:**

Cuenta con el apoyo de alguien: si ( ) no ( )

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





▪ **Contrato de Confidencialidad**

**CONTRATO DE CONFIDENCIALIDAD**

Tlalnepantla de Baz a \_\_\_\_\_ de 2024

Por este medio se hace del conocimiento a la C. \_\_\_\_\_ sobre la confidencialidad de la información del espacio de seguridad (ubicación, nombre de profesionistas, nombre de usuaria, direcciones, actividades, horarios, etc.), así como cualquier información que ponga en riesgo, menoscabe o limite las actividades que se desarrollan a favor de las mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos.

En caso de que se viole la confidencialidad y privacidad de dicha información por parte de la C. \_\_\_\_\_ el equipo multidisciplinario tendrá la obligación de dar aviso a la autoridad correspondiente a fin de ejercitar acción penal en contra de ella.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA





▪ **Cedula Inicial**

**CEDULA INICIAL  
AREA DE TRABAJO SOCIAL**

<b>NOMBRE:</b>	
<b>EXPEDIENTE:</b>	<b>FECHA:</b>

**Con quien vive la usuaria:** (encierra en un círculo la opción)

Pareja Padre y Madre Hermanos (as) Madre Padre hijos / hijas Parientes  
otros

**Antecedentes familiares**

TIPO DE FAMILIA	CICLO VITAL DE LA FAMILIA	AUTORIDAD	ROLES	COMUNICACIÓN
Nuclear	Formación de la pareja	Padre	Tradicionales	Clara
Extensa	Nacimiento de los hijos e hijas	Madre	Compartidos	Pasiva
Compuesta	Crianza de los hijos e hijas	Hijos / Hijas	Invertidos	Agresiva
Monoparental	hijos e hijas en edad escolar	Otras/ os		Pasivo- agresiva
Familia sin hijos	Adolescentes	Pareja		Asertiva
Familia de personas mayores	Desprendimiento			
Familia unipersonal	Reencuentro			
	Vejez			
	Muerte			

**Antecedentes familiares**

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ESPECIFICAS	SI	NO
Enfermedades nerviosas		
Enfermedades crónico – degenerativas		
Enfermedades gastrointestinales		
Enfermedades de transmisión sexual	¿Cual?	
Alergias	¿Cual?	

SEGURIDAD SOCIAL	USUARIA	HIJOS
IMSS		
ISSSTE		
CENTRO DE SALUD		
SERVICIO PARTICULAR		
ISSSEMYM		
OTRO		



▪ **Cedula Inicial (continuación)**

**Datos Laborales:**

Trabaja Actualmente: Si ( ) No ( ) en caso no marcar los datos del último empleo

¿Por qué?:	
Donde:	Domicilio:
Puesto:	Salario:
Horario:	Duración:
¿De qué manera consiguió el trabajo?	
¿Qué la motivo a seguir trabajando?	
¿Cómo se siente en su trabajo	

Al respecto de su último evento violento, puede decirme a que factores desencadenantes lo asocia:

Alcoholismo	Imposición
Farmacodependencia	Despojo de Bienes
Irresponsabilidad Económica	Desorden Mental
Abandono Familiar	Diferencias por la Familia de Origen
Hija/hijo no deseado	Familiar Político
Esterilidad	Intolerancia
Embarazo	
Incompatibilidad Sexual	
Celotipia	
Infidelidad	
Otros: Especifique	

**Relación entre la Usaria y su Hijos:**

Como es la relación entre padres	Hijas Hijos		Que Actividades hacen juntos	Hijas Hijos	
	Si	No		Si	No
Existe Comunicación			Juego con Ellos		
Fomentar Valores			Comen Juntos		
Existe confianza entre ellos			Salen a Divertirse		
Hay Muestras de Afecto			Salen de Compras		
Hay Insultos			Interviene en Actividades Escolares		
Les Pega			Otros		
Hay Indiferencias					



▪ **Cedula Inicial (continuación)**

1.	¿Cómo se siente actualmente? A) Feliz    B) Tranquila    C) Segura    D) Desilusionada E) Intranquila    F) Triste    G) Otra
2.	¿Cómo hace frente a los problemas? A) Pide ayuda a un familiar    B) Busca soluciones con su pareja C) Solicita apoyo a instituciones    D) Sola
3.	¿Tiene tendencia a culpar a: A) Madre y Padre    B) Hijos e Hijos    C) Pareja    D) A ella misma E) otro
4.	¿Cómo se comunica con los demás? A) Con gritos    B) Tranquila    C) Se exalta    D) No dice nada
5.	¿Cuál es su modo de comunicarse? A) Escucha y después opina    B) Observa C) No habla mucho pero gesticula    D) Toma la palabra E) No deja que los demás hablen    F) Ella siempre quiere tener la razón



Nombre y Firma de la Usuaría

Nombre y Firma de la Profesionalista





▪ Cedula Inicial Hijas e Hijos

**CEDULA INICIAL**

**HIJAS E HIJOS**

**ÁREAS DE TRABAJO SOCIAL**

Expediente:		Fecha:	
Nombre de infante:			
Edad:		Fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:			
Escolaridad:		Escuela:	

Con quien vive: (tacha la opción según sea el caso)

PAREJA DE LA MAMÁ	MADRE	PADRE	AMBOS PADRES	HERMANOS Y HERMANAS	PARIENTES	OTROS
-------------------	-------	-------	--------------	---------------------	-----------	-------

¿Cómo considera usted que es la relación con las personas que le rodean?

	Excelente	Buena	Regular	Mala
Padre				
Pareja de su mamá				
Madre				
Abuelos maternos				
Abuelos paternos				
Tíos y tías paternas				
Tíos y tías maternas				
Hermanos				
Primos				
Vecinos				
Amigos				
Compañeros de la escuela				
Maestro / Maestra				

Pasatiempo favorito: \_\_\_\_\_

Padece alguna enfermedad o discapacidad: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado de ánimo actual? \_\_\_\_\_

¿Ha sido violentado por alguien? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de usuaria

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de profesionalista





Plan de Trabajo y Detección de Necesidades

PLAN DE TRABAJO DETECCIÓN DE NECESIDADES

AREA DE TRABAJO SOCIAL

Nombre de la responsable: \_\_\_\_\_  
Nombre de la usuaria: \_\_\_\_\_  
Expediente: \_\_\_\_\_

SITUACIÓN ACTUAL

ACCIÓN A REALIZAR	OBSERVACIONES
Aplicación de la entrevista estructurada	
Resguardo de pertenencias y documentos	
Aplicación de formatos	
Recuperación de documentos personales y/o escolares	
Detección de redes de apoyo	
Gestión educativa	
Otras gestiones	
Gestiones de sector salud	
Coordinación institucional	
Gestión laboral	
Impartición de platicas grupales	
Apoyo a elaboración de proyecto de vida	

Firma de profesionista \_\_\_\_\_





▪ **Proyecto de Vida al Ingreso del Refugio**

**PROYECTO DE VIDA AL INGRESO DEL REFUGIO  
ÁREA DE TRABAJO SOCIAL**

Nombre: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de red de apoyo	Buena	regular	Nula	Se necesita reforzar
Familiar				
Social				
Institucional				

¿Qué es un proyecto de vida?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿cuál es su proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué elementos necesita para la elaboración de su nuevo proyecto de vida?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





- Proyecto de Vida al Ingreso del Refugio (continuación)

¿con cuál de estos elementos cuenta en estos momentos para iniciar su nuevo proyecto de vida?

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE PROFESIONISTA



▪ **Proyecto de Vida al Egreso del Refugio**

**PROYECTO DE VIDA AL EGRESO DEL REFUGIO**

**ÁREA DE TRABAJO SOCIAL**

Nombre: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de red de apoyo	Buena	regular	Nula	Se necesita reforzar
Familiar				
Social				
Institucional				

¿Qué es un proyecto de vida?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿cuál es su proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué elementos necesita para la elaboración de su nuevo proyecto de vida?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



- **Proyecto de Vida al Egreso del Refugio (continuación)**

¿con cuál de estos elementos cuanta en estos momentos para iniciar su nuevo proyecto de vida?

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE PROFESIONISTA





▪ **Diagnóstico**

**DIAGNÓSTICO DE TRABAJO SOCIAL**

Nombre de usuaria:

Número de expediente:

Fecha de ingreso:

NECESIDADES MÉDICAS		
SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTOS	OBSERVACIONES
ANTECEDENTES		
ENFERMEDADES		
JURÍDICA	PROCESOS	OBSERVACIONES
TIPO DE RELACIÓN		
DOCUMENTOS		
NECESIDADES PSICOLÓGICAS	TRATAMIENTOS	OBSERVACIONES
ATENCIÓNES TERAPIAS		
NECESIDADES EDUCATIVAS	DOCUMENTOS CON LOS QUE INGRESA	OBSERVACIONES
ESCOLARIDAD		
HIJOS		
SITUACIÓN LABORAL	PERIODOS	OBSERVACIONES





▪ Diagnóstico (continuación)

CAPACITACIONES		
EMPLEOS ANTERIORES		
PROGRAMAS SOCIALES		
DINÁMICA FAMILIAR:		
DIAGNOSTICO:		

148  
**T**

Nombre y Forma de Profesionista





- **Pronóstico de Avance de la Usuaría**

AREA: TRABAJO SOCIAL

PRONOSTICO DE AVANCE DE LA USUARIA

NOMBRE DE LA USUARIA: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

Elementos materiales y/o sociales con los que cuenta la usuaria:

Elementos personales con los que cuenta la usuaria:

Pronostico a corto plazo en su permanencia en el refugio:

Pronostico a mediano plazo en su permanencia en el refugio:

Pronostico a largo plazo a su egreso del refugio:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de profesionista





▪ **Identificación de Posibles Redes de Apoyo**

**ÁREA DE TRABAJO SOCIAL**

**IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES REDES DE APOYO**

Nombre de usuaria: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_

**REDES FAMILIARES:**

Nombre	Parentesco	Domicilio	teléfono	Tipo de apoyo

**REDES SOCIALES:**

Nombre	Tiempo de conocerle y parentesco	Domicilio	Teléfono o red social	Tipo de apoyo





▪ **Identificación de Posibles Redes de Apoyo (continuación)**

--	--	--	--	--

**REDES INSTITUCIONALES:**

Nombre de la Institución	Domicilio	Tipo de apoyo	Nombre del servidor público y cargo

**REDES SOCIALES DE LA USUARIA:**

Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Facebook: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Instagram: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de usuaria

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de profesionalista





- Bitácoras de Seguimiento

BITACORAS DE SEGUIMIENTO  
NOTA DE EVOLUCIÓN  
DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

NOMBRE DE USUARIO:

FECHA DE INGRESO:

EXPEDIENTE:

FECHA	ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de usuario

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de profesionista





▪ **Bitácoras de Seguimiento (continuación)**

**BITACORAS DE SEGUIMIENTO  
NOTA DE EVOLUCIÓN  
DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL**

NOMBRE DE USUARIO:  
NOMBRE DE INFANTE:  
FECHA DE INGRESO:  
EXPEDIENTE:

FECHA	ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre y firma de usuario

Nombre y firma de profesionista





▪ Bitácoras de Seguimiento (continuación)

BITACORAS DE LLAMADAS TELEFONICAS

AREA DE TRABAJO SOCIAL

NOMBRE DE LA USUARIA \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

FECHA	NÚMERO	NÚMERO PERSONA QUIEN LLAMA	A	OBSERVACIONES	FIRMA DE PROFESIONISTA	FIRMA DE USUARIA





▪ Bitácoras de Gestiones

REFUGIO TEMPORAL PARA MUJERES VICTIMAS DE  
VIOLENCIA, SUS HIJAS EHIJOS.  
GESTIONES DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

<b>NOMBRE DE LA USUARIA:</b> <b>EXPEDIENTE:</b> <b>FECHA DE GESTION:</b>
--

<b>GESTIÓN:</b>  <b>OBJETIVO:</b>  <b>RESULTADOS OBTENIDOS:</b>
---

Nombre y Firma de la usuaria

Nombre y Firma de la Profesionista





▪ **Bitácoras de Gestiones (continuación)**

**REFUGIO TEMPORAL PARA MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA SUS  
HIJAS EHIJOS**

**GESTIONES EDUCATIVAS ÁREA DE TRABAJO SOCIAL**

<b>NOMBRE DE LA USUARIA:</b>
<b>EXPEDIENTE:</b>
<b>FECHA DE GESTIÓN:</b>

**OBJETIVO DE LA GESTIÓN:**

--

**RESULTADOS OBTENIDOS:**

--

Nombre y Firma de usuaria

Nombre y Firma de profesionista





▪ **Plan de Seguridad**

**ÁREA DE TRABAJO SOCIAL  
PLAN DE SEGURIDAD**

**Nombre de usuaria:**

**Expediente:**

**Fecha:**

**Sugerencias para aumentar la seguridad:**

- ¿Cuáles son los números de teléfono importantes, disponibles para mí, mis hijas e hijos?

---



---

- A quien le puedo contar lo que me está pasando sobre la violencia y pedirles que llamen a la policía si oyen, gritos o ruidos extraños en mi casa.

---



---

- Si decido salir de la casa, yo me puedo ir a (4 sitios posibles), señalar números de teléfono y/o domicilio)

1.- 

---

2.- 

---

3.- 

---

4.- 

---

**Si salgo de la casa para protegerme, yo me llevare**

- Mis hijas e hijos

---

- Documentos y/u otros artículos:

---



---

- Medicamentos:

---



---





▪ **Plan de Seguridad (continuación)**

- Dinero:

---

**Para mantener mi seguridad e independencia yo debo:**

- Ejercitar una ruta de escape:

---

---

---

- ¿con quién puedo compartir mi plan de seguridad?

---

---

**¿Qué nivel de riesgo tengo al egresar del refugio?**

Bajo ( ) medio ( ) alto ( )

**¿Por qué?**

---

---

---

**¿Qué puedo hacer si me encuentro con mi agresor en la calle?**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la usuaria

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la profesionista





▪ **Kit de Entrega**

**ENTREGA DE KIT**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE USUARIO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

LISTA DE OBJETOS Y/O PRODUCTOS QUE SE PROPORCIONAN A LA USUARIO EN SU INGRESO A REFUGIO

No	OBJETO O PRODUCTO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			

Nombre y firma de usuaria

Nombre y firma de profesionista





▪ Insumos Otorgados

**INSUMOS OTORGADOS A LAS USUARIA DURANTE SU  
ESTANCIAEN EL REFUGIO**

Nombre de usuaría:					
Expediente:			Fecha de ingreso:		
No	Objeto/producto (especifique)	Piezas	Fecha de entrega	Firma de usuaría	Firma de Profesionalista
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					





- Formato de Inventario y Resguardo

### FORMATO DE INVENTARIO Y RESGUARDO

NO. DE EXPEDIENTE:	FECHA:
NOMBRE DE LA USUARIA:	
LISTA DE OBJETOS Y/O DOCUMENTOS CON QUE INGRESA LA USUARIA:	

Nombre y firma de usuaria

Nombre y firma de profesionista





- Opinión de los Servicios Brindados

### OPINIÓN DE LOS SERVICIOS BRINDADOS

Fecha: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA



▪ Carta de Egreso Voluntario

CARTA DE EGRESO VOLUNTARIO

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ siendo las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ por medio de la presente solicito mi egreso del espacio de seguridad y por mi propio derecho manifiesto que libero de toda responsabilidad relacionada con mi salud y bienestar, así como de mis hijas e hijos que me acompañan y de igual forma de mis decisiones futuras al REFUGIO TEMPORAL PARA MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA SUS HIJAS E HIJOS. Lugar donde estuve voluntariamente hasta el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, como residente por un lapso de \_\_\_\_\_ días, en los cuales se me dio de manera totalmente gratuita a mi familia y a mí, orientación social, psicológica, médica y jurídica, así como alimentación, calzado vestimenta y alojamiento.

Así hago constar que mi salida es de forma **VOLUNTARIA** por así convenir a mis intereses y los de mi familia, así mismo doy fe que en mi estancia recibí los recursos materiales y emocionales, óptimos para diseñar y establecer un nuevo proyecto de vida libre de violencia.

Por todo lo anterior me comprometo mantener en confidencialidad la ubicación del refugio y de las oficinas externas, salvaguardando así la integridad física y emocional de cada una de las personas que aquí se encuentran.

De acuerdo a lo anterior **A PARTIR DE ESTE MOMENTO YO ME HAGO RESPONSABLE DE MI PERSONA Y DE MIS MENORES HIJAS E HIJOS DE NOMBRES Y EDADES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La razón por la que solicito mi egreso de forma voluntaria del refugio CEDEIM es porque

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA





Relación de Servicios e Insumos Proporcionados

RELACION DE SERVICIOS E INSUMOS  
PROPORCIONADOS A LAS USUARIAS, SUS HIJAS E  
HIJOS.  
AREA DE TRABAJO SOCIAL

USUARIA:	_____
NUMERO DE EXPEDIENTE:	_____
FECHA DE INGRESO:	_____
FECHA DE EGRESO:	_____
TIEMPO DE ESTANCIA:	_____

EXPEDIENTE	
ENTREVISTA INICIAL	
GESTIONES VARIAS INDIVIDUALES	
ACCIONES DE SEGUIMIENTO	
GESTION DE REDES DE APOYO	
GESTIONES DE SALUD	
SEGUIMIENTOS EDUCATIVOS	
GESTIONES ESCOLARES	
APOYO DE PROYECTO DE VIDA	
GESTIONES LABORALES	
SEGUIMIENTOS LABORALES	
TALLERES GRUPALES	
TOTAL	

NOMBRE Y FIRMA DE PROFESIONISTA

\_\_\_\_\_





▪ Evaluación Final

EVALUACIÓN FINAL DE LOS SERVICIOS

ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

1 ¿Su nivel de satisfacción respecto a la calidad de los servicios que se brindó es?

\_\_\_\_\_ Mucho  
\_\_\_\_\_ Bastante  
\_\_\_\_\_ Poco  
\_\_\_\_\_ Nada

2 ¿Qué tan satisfecha está con la ayuda que se le dio?

\_\_\_\_\_ Mucho  
\_\_\_\_\_ Bastante  
\_\_\_\_\_ Poco  
\_\_\_\_\_ Nada

3 ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado resolver su problema?

\_\_\_\_\_ Mucho  
\_\_\_\_\_ Bastante  
\_\_\_\_\_ Poco  
\_\_\_\_\_ Nada

4 ¿Si necesitaras nuevamente nuestros servicios, que tan dispuesta estaría usted a regresar?

\_\_\_\_\_ Mucho  
\_\_\_\_\_ Bastante  
\_\_\_\_\_ Poco  
\_\_\_\_\_ Nada

5 ¿Durante su proceso de atención se sintió comprendida, protegida, segura, ayudada, rehabilitada?

\_\_\_\_\_ Mucho  
\_\_\_\_\_ Bastante  
\_\_\_\_\_ Poco  
\_\_\_\_\_ Nada





▪ Evaluación Final (continuación)

Evaluación de calidez de Trabajo Social por la usuaria

La trabajadora social	SI	NO
Fue cálida en su trato		
Fue cercana		
La saludaba y le sonreía		
Se dirigía a usted con respeto		
Se dirigía a usted por su nombre		
Le explicaba a las atenciones que le iban a dar		
Buco que su estancia fuera agradable		
Le ofreció condiciones de privacidad		
Le hizo sentirse segura		
Le brindo herramientas para hacer frente a su problemática		

6.- ¿Durante su proceso de permanencia, cree que le faltó algún tipo de atención o ayuda?

---



---



---

7.- Tiene alguna sugerencia para nuestro servicio?

---



---



---





- **Cierre de Caso**

**REFUGIO TEMPORAL PARA MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO, SUS HIJAS E HIJOS**

**CIERRE DE CASO**

**ÁREA DE TRABAJO SOCIAL**

Nombre de usuaria:

Número de expediente:

Fecha:

**SINTESIS DEL CASO:**

**TRAMITES Y SERVICIOS:**

**CIERRE DE EXPEDIENTE:**

**PENDIENTES:**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA PROFESIONIS**





## PSICOLOGÍA ADULTAS

- Cédula de Identificación

### CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE PSICOLOGÍA ADULTAS

<b>EXPEDIENTE:</b>				<b>FECHA DE INGRESO:</b>		
<b>NOMBRE DE LA VICTIMA:</b>						
<b>EDAD:</b>	<b>SEXO: (M)</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>				
<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>			<b>ESTADO DE RESIDENCIA:</b>		<b>TEL:</b>	
<b>TIEMPO DE RESIDENCIA:</b>		<b>DOMICILIO:</b>				
<b>ESTADO CIVIL:</b>	Soltera	Casada	Unión Libre	Divorciada	Viuda	Separada
<b>N. DE HIJOS:</b>	Ninguno	1	2	3	4	5 o más
<b>ESCOLARIDAD:</b>	Analfabeta	Preescolar	Básica:	Media Superior	Superior	
	No iniciada	Inconclusa	Inconclusa	Inconclusa	Inconclusa	
<b>OCUPACIÓN:</b>	Desempleada	Hogar	Estudiante	Comerciante		
	Docente	Obrera	Empleada	Otro		
<b>RELIGIÓN:</b>	Ninguna	Católica	T. Jehová	Cristiana	Evangelista	Otro
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO:</b>		Alto		Medio		Bajo
<b>DISCAPACIDAD:</b>		Ninguna	Física	Intelectual	Motriz	
<b>COMPLEJIÓN FÍSICA:</b>		Delgada	Robusta	Obesa		
<b>FORMA DE INGRESO:</b>		Voluntaria	Canalizada por M.P.	Canalizada por CEA	Canalizada por otra institución	Otra
<b>TIPO DE VIOLENCIA:</b>		Psicológica	Física	Económica	Patrimonial	Sexual
<b>DÍA DEL ÚLTIMO EVENTO DE VIOLENCIA:</b>		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		Sábado	Domingo			
<b>MES DEL ÚLTIMO EVENTO VIOLENTO:</b>		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
		Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
		Noviembre	Diciembre			
<b>TIEMPO DEL ÚLTIMO EVENTO VIOLENTO:</b>		De 1 a 7 días	De 8 días a 1 Mes	De 2 a 6 meses	Más de un año	
<b>TIEMPO DE RELACIÓN CON EL AGRESOR Y NOMBRE:</b>		Meses	1 a 3 años	4 a 8 años	9 a 12 años	12 a 16 años
		Más de 16 años				
<b>LUGAR DE OCURRENCIA:</b>	Casa de la víctima	Casa del agresor	Casa de ambos	Casa de amigos	Casa de familiares	Calle
	Coche	Parque	Escuela	Transporte público	Trabajo	Otro
<b>HORA DEL ÚLTIMO EVENTO VIOLENTO:</b>			Matutino	Vespertino	Nocturno	
<b>MUNICIPIO Y COLONIA DÓNDE OCURRE LA VIOLENCIA:</b>						



▪ **Cédula de Identificación (continuación)**

<b>RELACIÓN CON EL AGRESOR:</b>	Padre	Hermano	Esposo	Tío(a)	Padraastro	Concubino
	Abuela(o)	Madrastra	Madre	Otro		
<b>PREVALENCIA</b>	Primera vez			Reincidencia		
<b>CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN:</b>	Psicológicas		Físicas	Sociales	Familiares	Escolares
	Laborales		Económica			
<b>RESPUESTA PSICOLÓGICA ANTE LA VIOLENCIA:</b>	Indefensión aprendida			Síndrome de Estocolmo		
	Síndrome de la mujer maltratada			Trastorno de Estrés postraumático		
	Trastorno de la personalidad					
<b>ATENCIÓNES OTORGADAS:</b>	Tx. Médico	Tx. Quirúrgico	Tx. Psicológico	Tx. Psiquiátrico	Otro	
<b>TIPO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE 1A VEZ:</b>	Entrevista de 1a vez			Primeros auxilios psicológicos		Intervención en crisis
	Valoración	Ingreso al refugio				
<b>SEGUIMIENTO DE PSICOLOGÍA:</b>	P. Individual	P. Familiar		P. Grupal	Terapia de juego	
<b>EVALUACIÓN DE RIESGO:</b>	Canalización a otro servicio especializado de apoyo.					
	A la salud mental e incremento a la violencia			A la salud física		
	A la salud sexual y reproductiva					
<b>EVALUACIÓN DE PELIGROSIDAD DEL AGRESOR:</b>	Antecedentes penales	Utiliza drogas o alcohol y tiene el efecto de agredirla severamente			Acceso a armas	
	Nexos con grupos policíacos o militares			Trastorno psiquiátrico: _____		

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LA PROFESIONISTA**





▪ Plan de Intervención

**PLAN DE INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA ADULTAS**

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

ACCIÓN A REALIZAR	REALIZADO SI / NO
RECEPCIÓN (PRESENTACIÓN DE LA TERAPÉUTA CON LA USUARIA, SUS HIJAS E HIJOS).	
ENTREVISTA INICIAL.	
INTERVENCIÓN EN CRISIS.	
VALORACIÓN INICIAL (OBSERVACIÓN DIRECTA E INDIRECTA).	
APERTURA DEL EXPEDIENTE DE PSICOLOGÍA.	
SELECCIÓN DE TÉCNICAS TERAPÉUTICAS.	
ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO.	
ELABORACIÓN DE PLAN DE INTERVENCIÓN.	
ASIGNACIÓN DE TAREAS Y ACTIVIDADES POR SESIÓN.	
DEFINICIÓN DEL PROYECTO DE VIDA.	
RECUPERACIÓN DE RECURSOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES.	
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DEL CASO.	
IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE VIDA.	
CIERRE DEL EXPEDIENTE DE PSICOLOGÍA.	
SEGUIMIENTO.	

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PROFESIONISTA





▪ Expediente

**EXPEDIENTE PSICOLÓGICO  
ÁREA DE PSICOLOGÍA**

Fecha: \_\_\_\_\_

N. de expediente: \_\_\_\_\_

**1. ANTECEDENTES DEL CASO Y DINAMICA FAMILIAR.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha vivido violencia:

a) Física b) Sexual c) Psicológica-Emocional d) Económica e) Patrimonial

**ANTECEDENTES**

Tratamiento previo: SI ( ) NO ( ) Grupo de autoayuda SI ( ) NO ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Medicamentos o psicofármacos \_\_\_\_\_

Adicciones SI ( ) NO ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Estado de salud:

Trastornos de la alimentación: \_\_\_\_\_

Psicosomáticos: \_\_\_\_\_

Depresión: \_\_\_\_\_

¿Ha pensado, planeado o intentado quitarse la vida?:  
\_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo?:  
\_\_\_\_\_

¿Cuántas ocasiones?:  
\_\_\_\_\_





▪ Expediente (continuación)

Diagnostico psiquiátrico:

Internamiento, ¿Dónde?:

¿Ha estado en otros refugios anteriormente?:

¿Cuál?:

¿Ha vivido en situación de calle?:

Disfunción familiar de origen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿En su infancia vivió abuso sexual?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Método anticonceptivo que utiliza:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EXPECTATIVAS DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS DE SU RED DE APOYO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





▪ Expediente (continuación)

**2. ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA USUARIA:**

Se aplica Lista de verificación de nueve síntomas, PS1, PS2, PS3, PS4, PS5, PS6, Herramienta para evaluar el riesgo según situación específica de violencia, Herramienta para evaluar la capacidad de respuesta de la usuaria ante eventos violentos y Herramienta para evaluar la peligrosidad del agresor.

**ACEPTO QUE SE ME REALICEN PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA MUJER USUARIA

**3. PRESENTA LOS SIGUIENTES SÍNDROMES**

- a) Síndrome de indefensión aprendida                      SI ( ) NO ( )
  - b) Síndrome de la mujer maltratada                        SI ( ) NO ( )
  - c) Síndrome de adaptación paradójica                    SI ( ) NO ( )
  - d) Alucinaciones    SI ( ) NO ( )
  - e) Algún trastorno de la personalidad                    SI ( ) NO ( )
- ¿Cuál?:

**4. EXAMEN MENTAL**

Aspecto General:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orientación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atención / Concentración:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Memoria:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lenguaje:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





▪ Expediente (continuación)

Estado de ánimo:

Pensamiento:

**5. OBJETIVO**

- a) Reelaborar el incidente de crisis para recuperarse;
- b) Adquirir habilidades resilientes para toma de decisiones y resolución de problemas; y
- c) Comenzar un crecimiento como una persona autónoma y con empoderamiento suficiente para afrontar y planear su vida futura.

**6. PLAN TERAPEUTICO**

A la mujer usuaria se le proporcionaran atenciones psicológicas individuales de lunes a viernes y atenciones grupales por semana.

Las atenciones psicológicas individuales se realizarán considerando los resultados de las escalas y herramientas de evaluación que se aplicaron a la mujer usuaria.

**OBSERVACIONES**

NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

FIRMA DE LA PROFESIONISTA





- Expediente (continuación)

FAMILIOGRAMA



▪ Evaluación Psicológica Inicial

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL

BDI-II PS1 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados, por favor, lee cada uno de ellos cuidadosamente y luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido dos de un mismo grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

<p><b>1. Tristeza</b> 0. No me siento triste. 1. Me siento triste gran parte del tiempo. 2. Estoy triste todo el tiempo. 3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b> 0. No estoy desalentado respecto de mi futuro. 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2. No espero que las cosas funcionen para mí. 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b> 0. No me siento como un fracasado. 1. He fracasado más de lo que hubiera querido. 2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3. Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Pérdida de placer</b> 0. Obtengo tanto placer como siempre por las mismas cosas de las que disfruto. 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de culpa</b> 0. No me siento particularmente culpable. 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p><b>6. Sentimientos de castigo</b> 0. No siento que estoy siendo castigado. 1. Siento que tal vez pueda ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>7. Disconformidad con uno mismo.</b> 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1. He perdido la confianza en mí mismo. 2. Estoy decepcionado conmigo mismo. 3. No me gusto a mí mismo.</p> <p><b>8. Autocrítica</b> 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos suicidas</b> 0. No tengo ningún pensamiento de matarme. 1. He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría. 2. Querría matarme. 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b> 0. No lloro más de lo que solía hacerlo. 1. Lloro más de lo que solía hacerlo. 2. Lloro por cualquier pequeñez. 3. Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
---	---





▪ **Evaluación Psicológica Inicial (continuación)**

<p><b>11. Agitación</b> 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de interés</b> 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b> 0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre. 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2. Encuentro mucho más dificultad que antes para tomar mis decisiones. 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Desvalorización</b> 0. No siento que yo no sea valioso. 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3. Siento que no valgo nada.</p> <p><b>15. Pérdida de energía.</b> 0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que le solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambio en los Hábitos de Sueño</b> 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño 1a. Duermo un poco más que lo habitual. 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a. Duermo mucho más que lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual. 3a. Duermo la mayor parte del día. 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b> 0. No estoy más irritable que lo habitual. 1. Estoy más irritable que lo habitual. 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3. Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambio en el apetito</b> 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes. 3a. No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el tiempo.</p> <p><b>19. Dificultad de concentración</b> 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o fatiga</b> 0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3. Estoy demasiado fatigado cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida de interés en el sexo</b> 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3. He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
--	---

Subtotal Página 1: _____	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>Diagnóstico</b>
Subtotal Página 2: _____	30-63 puntos	Depresión severa.
Puntaje Total: _____	19-29 puntos	Depresión entre moderada y severa.
	10-18 puntos	Depresión entre leve y moderada
	5-9 puntos	Existencia de altibajos que se consideran normales.





- Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

**DIAGNÓSTICO:**

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LA PROFESIONISTA**





▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

**PS2 ESCALAS DE CONDUCTAS OBJETIVO**

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Señale a continuación las conductas que más le gustaría poder realizar y que supondría una mejora significativa en su vida.

0. Nada	1. Casi Nada	2. Poco	3. Bastante	4. Mucho	5. Muchísimo
---------	--------------	---------	-------------	----------	--------------

Señale a continuación las conductas que más le gustaría poder realizar y que supondría una mejora significativa en su vida.

Grado de dificultad (0-5)

Conducta 1a.		=
Conducta 2a.		=
Conducta 3a.		=
Conducta 4a.		=
Conducta 5a.		=
<b>TOTAL</b>		=

**ESCALA DE EVITACIÓN**

Indique con qué frecuencia evita cada una de las conductas-objetivo (señaladas arriba) a causa del miedo. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta. **Grado de dificultad (0-5)**

Conducta 1a.	=
Conducta 2a.	=
Conducta 3a.	=
Conducta 4a.	=
Conducta 5a.	=
<b>TOTAL</b>	

**ESCALA DE MIEDO**

Señale cuánto miedo experimenta en cada una de las conductas objetivo. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta.

**Grado de dificultad (0-5)**

Conducta 1a.	=
Conducta 2a.	=
Conducta 3a.	=
Conducta 4a.	=
Conducta 5a.	=
<b>TOTAL</b>	
<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
0 Puntos	Dificultad Nula





▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

1 Punto	Dificultad Mínima
2 Puntos	Dificultad Manejable o moderada
3 Puntos	Dificultad Considerable
4 Puntos	Dificultad Elevada
5 Puntos	Dificultad Altísima

**DIAGNÓSTICO:**

\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LA PROFESIONISTA**



▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

**PS4 ESCALAS DE AUTOESTIMA**

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Por favor, indique que tan de acuerdo se encuentra en los siguientes enunciados. Considerando que estos reflejan la situación actual en que se encuentra. Usted podrá responder con las siguientes respuestas.

**A=Muy de acuerdo**      **B=De acuerdo**      **C=En desacuerdo**      **D=Muy en desacuerdo**

1. Siento que soy una persona digna de aprecio al menos en igual medida que los demás.

A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
------------------	--------------	-----------------	---------------------

2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas.

A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
------------------	--------------	-----------------	---------------------

3. Soy capaz de hacer las cosas también como la mayoría de la gente.

A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
------------------	--------------	-----------------	---------------------

4. Tengo una actitud positiva hacia sí misma.

A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
------------------	--------------	-----------------	---------------------

5. En general estoy satisfecha de mí misma.

A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
------------------	--------------	-----------------	---------------------

6. Siento que no tengo mucho de que estar orgullosa.

A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
------------------	--------------	-----------------	---------------------

7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.

A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
------------------	--------------	-----------------	---------------------

8. Me gustaría sentir más respeto por mí misma.

A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
------------------	--------------	-----------------	---------------------

9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil.

A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
------------------	--------------	-----------------	---------------------

10. A veces creo que no soy buena persona.

A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
------------------	--------------	-----------------	---------------------

Interpretación: De los enunciados que van de 1 a 5, de las respuestas de la A a la D se puntuarán de 4 a 1. De los enunciados del 6 al 10, las respuestas de la A a la D se puntuarán de 1 a 4.

PUNTUACIÓN	DIAGNÓSTICO
30-40	Autoestima elevada
26-29	Autoestima media
Menos de 25 puntos	Autoestima baja

**DIAGNÓSTICO:**

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PROFESIONISTA



▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

**PS5 ESCALAS DE INADAPTACIÓN**

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Rodee con un círculo el número que mejor le describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan continuación.

**TRABAJO Y/O ESTUDIOS**

1. A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------

2. A causa de mis problemas actuales, mi vida habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------

3. A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------

4. A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------

5. A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------

6. A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------





▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

**RESULTADO**

Puntuación Diagnóstico 24-30 puntos Afectación severa 16-23 puntos Afectación moderada 8-15 puntos Afectación leve 0-7 puntos Existencia de altibajos que se consideran normales.

PUNTUACIÓN	DIAGNÓSTICO
24-30	Afectación severa
16-23	Afectación moderada
8-15	Afectación leve
0-7	Existencia de altibajos que se consideran normales

**DIAGNÓSTICO:**

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PROFESIONISTA



▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

**PS6 TEST DE ASERTIVIDAD, RATHUS**

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Indica, mediante el código siguiente, hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las frases siguientes. Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloca su puntuación sobre la casilla situada a la derecha.

- +3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- +2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- +1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- 1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- 2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- 3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Nº	ITEM	RESPUESTA
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo.	
2	He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.	
3	Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo con el camarero/a.	
4	Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.	
5	Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".	
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.	
7	Hay veces en que provooco abiertamente una discusión.	
8	Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.	
9	En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.	
10	Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.	
11	Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.	
12	Rehúyo telefonar a instituciones y empresas.	
13	En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.	
14	Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.	
15	Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.	
16	He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.	
17	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.	
18	Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	
19	Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.	
20	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.	
21	Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	
22	Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.	
23	Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".	
24	Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.	





▪ **Evaluación Psicológica Inicial (continuación)**

25	En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.	
26	Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder.	
27	Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.	
28	Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.	
29	Expreso mis opiniones con facilidad.	
30	Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.	

Número	Categoría	Puntuación
1	Definitivamente asertivo	61 a 90
2	Muy asertivo	31 a 60
3	Asertivo	16 a 30
4	Asertividad confrontativa	-15 a 15
5	Inasertivo	-16 a -30
6	Muy inasertivo	-31 a -60
7	Definitivamente inasertivo	-61 a -90

**DIAGNÓSTICO:**

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LA PROFESIONISTA**





▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA.				
A. RIESGO A LA SALUD MENTAL E INCREMENTO DE VIOLENCIA				
No.	PREGUNTAS.	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.	OBSERVACIONES.	GUÍA DE ACCIONES URGENTES.
1	La insultó, menospreció o humilló en privado o frente a otras personas.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia de grupos de autoayuda DIF/ONG local.
2	Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas (aislamiento).	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia de grupos de autoayuda DIF/ONG local.
3	La controló en sus actividades o tiempos.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia de grupos de autoayuda DIF/ONG local.
4	Le quitó o usó sus pertenencias en contra de su voluntad.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia de grupos de autoayuda DIF/ONG local.
5	La difamó o proporcionó información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia de grupos de autoayuda DIF/ONG local.
6	Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
7	Le destruyó algunas de sus pertenencias.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
8	Se puso a golpear o patear la pared o algún otro mueble u objeto.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
9	Amenazó con golpearla o encerrarla.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
10.	Amenazó con matarla.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.





▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

11.	Amenazó con llevarse a sus hijas e hijos.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
<b>B. RIESGO A LA SALUD FÍSICA</b>				
12.	La sacudió, zarandeó, jaloneó, empujó a propósito.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
13.	La golpeó con la mano, el puño, objetos o la pateó.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
14.	Quemaduras con objetos calientes o sustancias.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
<b>C. RIESGO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>				
15.	La hostigó o acosó sexualmente o bien la forzó a dejarse tocar o acariciar en contra de su voluntad.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
16.	Ha mantenido actitudes o tocamientos hacia otras personas o hacia sus hijas e hijos.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
17.	Ha forzado físicamente a alguna persona o alguna de sus hijas e hijos para tener sexo.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
18.	Le controla el uso de métodos anticonceptivos o no le permite usarlos.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
19.	La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin utilizar la fuerza física.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
20.	La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando la fuerza física.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
21.	La forzó a tener sexo con prácticas que no son de su agrado.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.





▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

22.	Ha estado o está embarazada como producto de una violación, indague el tiempo de gestación.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
23.	Le ha impedido interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de una violación.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
24.	La ha golpeado durante el embarazo.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
25.	La ha golpeado durante el embarazo y eso le provocó un aborto.	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.

**D. RIESGO DE MUERTE INMINENTE**

26.	La golpeó tanto que creyó que iba a matarla.	Nunca _____ No. de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
27.	La trató de ahogar o asfixiar.	Nunca _____ No. de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
28.	La tiró por las escaleras o de la azotea, balcón, del auto en movimiento, etc.	Nunca _____ No. de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
29.	La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete.	Nunca _____ No. de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
30.	Le disparó con alguna pistola o rifle.	Nunca _____ No. de veces _____ Fecha del último evento violento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.





- **Evaluación Psicológica Inicial (continuación)**

Nota: Si la información reportada por la usuaría requiere de la referencia de más de un tipo de servicio, elija el de mayor nivel de resolución.

OBSERVACIONES:



▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

2. HERRAMIENTA PARA EVALUAR LAS CONSECUENCIAS GENERADAS EN LA USUARIA DEBIDO A EVENTOS VIOLENTOS.				
No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.	OBSERVACIONES.	GUÍA DE ACCIONES URGENTES.
1.	¿Ha tenido trastorno del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormida) y pesadillas?	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
2.	¿Usted ha tenido perdido el interés en participar en actividades significativas para usted?	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
3.	¿Usted ha tenido una gran pérdida recientemente (por muerte, separación, pérdida de bienes o de trabajo, etcétera.)?	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
4.	¿Usted ha perdido casi todo contacto con familiares o amigos?	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
5.	¿Usted consume alcohol o drogas con frecuencia?	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
6.	¿Usted ha estado continuamente muy deprimida?	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
7.	¿Usted ha pensado en quitarse la vida?	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
8.	¿Usted ha planeado una forma de quitarse la vida?	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
9.	¿Usted ha intentado quitarse la vida?	Nunca _____ No., de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.





▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

10.	¿Tiene usted amigos/amigas o familiares que pudieran apoyarlo con hospedaje o dinero en caso de emergencia?	Si _____ No _____		
11.	El lugar que piensa en caso de emergencia es un lugar donde su agresor no puede encontrarla	Si _____ No _____		

Nota. Si la usuaria responde afirmativamente de 3 a 4 reactivos del 1 al 9, muestra signos claros de depresión y requiere apoyo psicológico y asistencia en la puesta en operación del plan de seguridad.

OBSERVACIONES:





▪ Evaluación Psicológica Inicial (continuación)

3. HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA PELIGROSIDAD DEL AGRESOR		
No.	PREGUNTAS.	GUÍA DE ACCIONES URGENTES.
1.	¿Existe alguna razón por la que usted sienta un miedo intenso hacia su agresor?	NO. _____ Sí. Describa _____ _____
2.	¿Tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel? Problemas psiquiátricos	NO. _____ Sí. Describa _____ _____
3.	¿Utiliza drogas o alcohol con frecuencia y tiene efecto de agredirla severamente?	NO. _____ Sí. Describa _____ _____
4.	¿Tiene acceso a armas?	NO. _____ Sí. Describa _____ _____
5.	¿Participa en actividades delictivas?	NO. _____ Sí. Describa _____ _____
6.	¿Tiene nexos con grupos policíacos o militares?	NO. _____ Sí. Describa _____ _____
7.	¿Existen otros aspectos relevantes que nos ayuden a evaluar la peligrosidad del agresor?	NO. _____ Sí. Describa _____ _____

Nota. Si la usuaria responde afirmativamente a más de una de estas preguntas, el agresor es de alta peligrosidad, considere este factor en la elaboración del plan de seguridad.

**\*Es importante mencionar que aun cuando todas las respuestas sean "No" existe peligrosidad del agresor ya que ha generado violencia.**

OBSERVACIONES:

FIRMA DE LA PROFESIONISTA





▪ **Acuerdos de Convivencia**

**ACUERDOS DE CONVIVENCIA**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

Como parte de un sano desarrollo biopsicosocial es fundamental establecer acuerdos de convivencia que generen un espacio de respeto, confianza, tolerancia, cooperación, escucha que permita afrontar las situaciones de conflicto a través del fomento y desarrollo de competencias sociales, interpersonales, grupales de las mujeres, sus hijas e hijos en el marco de la dinámica grupal, con el propósito de reconstruir las redes sociales, la confianza intra e interpersonal, los lazos de cooperación y solidaridad entre las y los integrantes del refugio. La prevención de la violencia es una categoría operativa orientada al fomento y desarrollo de competencias sociales y habilidades pro sociales como una alternativa conductual a las relaciones basadas en la competencia, la discriminación y abuso de poder.

<b>RESPECTO</b>	No hablar con malas palabras con las compañeras, e hijas e hijos, respetar al personal profesional, cuidar las instalaciones, respetar los horarios de actividades y las áreas del refugio.
<b>ASERTIVIDAD</b>	Decir las cosas tal y como las siento sin ofender a las personas, sin afectar a los demás, ser sincera de lo que están hablando y buscar la forma correcta de expresarse.
<b>TOLERANCIA</b>	Ser tolerante con las compañeras cuando se molesten, en el trabajo en equipo, en el cuidado de los hijos, expresar las molestias a través de la comunicación, como el negociar y a aceptar puntos de vista que ayuden al crecimiento personal.
<b>PUNTUALIDAD</b>	Cumplir con las actividades dentro del horario establecido, respetar los horarios de las demás compañeras, asistir a todas las terapias y de las hijas e hijos, estar lista para salir en caso de una diligencia y respetar el trabajo de los profesionistas.
<b>RESPONSABILIDAD</b>	Ser responsable con las actividades diarias, en terapias, en las cosas materiales del refugio y el cuidado de los hijos en tanto a lo que trabajan en terapia y en su educación, alimentación y salud.
<b>LÍMITES</b>	Poner límites a las hijas e hijos, decir lo que siento para lograr respeto y entendimiento.

El objetivo de la convivencia es que cada persona incluya sus atributos cognoscitivos, emocionales, conductuales y sociales como complemento de la imagen que tiene de sí misma, estando presente la importancia del entorno y el contexto en que se desenvuelve, ya que desde el momento en que llegan pertenecen a un nuevo contexto en el que están despegando sus potencialidades en beneficio para un desarrollo adaptativo y creativo.

Me comprometo a conducirme con respeto, asertividad, tolerancia, puntualidad, responsabilidad y con límites con mis compañeras del refugio y con el personal que trabaja en dicho lugar.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA**  
**CONTRATO TERAPÉUTICO**





▪ **Acuerdos de Convivencia (continuación)**

Fecha: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

La mujer usuaria \_\_\_\_\_ quien Ingresó el día  
\_\_\_\_\_ acompañada de sus **hijas e hijos** \_\_\_\_\_

Una vez realizada la evaluación psicológica, la apertura del expediente y la definición del objetivo de intervención por parte del área de psicología a adultas, a la mujer usuaria, se le explica que ella, sus hijas e hijos asistirán a terapia psicológica, con las siguientes características:

1. Atención psicológica individual de lunes a viernes, con duración aproximada de una hora en cada una de éstas, comprometiéndose a estar presente los días y en el horario que le indique la profesionista.
2. Atenciones grupales a la semana, en los horarios establecidos por la profesionista.
3. Por lo que la mujer usuaria se compromete a asistir puntualmente a las atenciones anteriormente señaladas, así como a participar en cada una de las actividades y tareas asignadas por parte de las profesionistas del área de psicología, teniendo en consideración que estas actividades son parte de su recuperación, reconstrucción de su identidad, de su autonomía y del fortalecimiento de su proceso de empoderamiento.
4. De lunes a viernes sus hijas e hijos recibirán terapia infantil y las mujeres usuarias asistirán a curso taller para mamás. Se contemplan sesiones de terapia de lenguaje, si sus hijas e hijos lo requieren, mismas que se harán del conocimiento de la mujer usuaria una vez realizado el diagnóstico por parte de la psicóloga infantil.
5. Recibirán terapia familiar.  
Por lo cual el compromiso de trabajo será el siguiente:
  - Incorporación integral de la familia.
  - Acuerdo de tiempos, considerando los ROLES DE LA CASA asignados por las profesionistas del refugio.
  - La disposición para acudir tanto la usuaria como la de sus hijas e hijos, en los horarios establecidos en cada una de las sesiones referidas en su plan de trabajo. Por lo que, la inasistencia, será considerada únicamente por indisposición médica, siempre y cuando haya sido previamente notificada para su atención y revisión a la profesionista en turno.

**Contraindicaciones:**

- La no incorporación a un proceso terapéutico.
- Falta de cooperación por parte de la mujer usuaria.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA**





▪ Proyecto de Vida

**PROYECTO DE VIDA**  
**AREA DE PSICOLOGÍA**

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

<b>ÁMBITO</b>	<b>OBJETIVO</b> ¿QUÉ DESEO?	<b>TIEMPO</b> ¿EN CUÁNTO TIEMPO LO ¿LOGRARE?	<b>ESTRATEGIAS</b> ¿CÓMO LO VOY A HACER?	<b>APOYOS EXTERNOS</b> ¿EN QUIÉN ME PUEDO APOYAR PARA LOGRARLO?
<b>FÍSICO- SALUD</b>				
<b>FAMILIAR</b>				
<b>SOCIAL</b>				





- Proyecto de Vida (continuación)

<b>AFECTIVA</b>				
<b>EDUCATIVA INTELLECTUAL</b>				
<b>ESPIRITUAL</b>				
<b>FINANCIERA MATERIAL</b>				





- **Proyecto de Vida (continuación)**

<b>SEXUAL</b>				
<b>LABORAL</b>				
<b>RECREATIVA</b>				





▪ **Proyecto de Vida (continuación)**

1. ¿Dónde va a vivir cuando salga del refugio?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Dónde va a trabajar cuando salga del refugio?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Quién va a cuidar a las niñas y niños mientras sale a trabajar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Cuáles son las actividades que realizará al salir del refugio?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PROFESIONISTA





▪ Evaluación Psicológica Final

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FINAL

BDI-II PS1 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados, por favor, lee cada uno de ellos cuidadosamente y luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido dos de un mismo grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

<p><b>1. Tristeza</b> 0. No me siento triste. 1. Me siento triste gran parte del tiempo. 2. Estoy triste todo el tiempo. 3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b> 0. No estoy desalentado respecto de mi futuro. 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2. No espero que las cosas funcionen para mí. 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b> 0. No me siento como un fracasado. 1. He fracasado más de lo que hubiera querido. 2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3. Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Pérdida de placer</b> 0. Obtengo tanto placer como siempre por las mismas cosas de las que disfruto. 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de culpa</b> 0. No me siento particularmente culpable. 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p><b>6. Sentimientos de castigo</b> 0. No siento que estoy siendo castigado. 1. Siento que tal vez pueda ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>7. Disconformidad con uno mismo.</b> 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1. He perdido la confianza en mí mismo. 2. Estoy decepcionado conmigo mismo. 3. No me gusto a mí mismo.</p> <p><b>8. Autocrítica</b> 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos suicidas</b> 0. No tengo ningún pensamiento de matarme. 1. He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría. 2. Querría matarme. 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b> 0. No lloro más de lo que solía hacerlo. 1. Lloro más de lo que solía hacerlo. 2. Lloro por cualquier pequeñez. 3. Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
---	---



▪ Evaluación Psicológica Final (continuación)

<p><b>11. Agitación</b> 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de interés</b> 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b> 0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre. 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2. Encuentro mucho más dificultad que antes para tomar mis decisiones. 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Desvalorización</b> 0. No siento que yo no sea valioso. 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3. Siento que no valgo nada.</p> <p><b>15. Pérdida de energía.</b> 0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que le solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambio en los Hábitos de Sueño</b> 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño 1a. Duermo un poco más que lo habitual. 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a. Duermo mucho más que lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual. 3a. Duermo la mayor parte del día. 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b> 0. No estoy más irritable que lo habitual. 1. Estoy más irritable que lo habitual. 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3. Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambio en el apetito</b> 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes. 3a. No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el tiempo.</p> <p><b>19. Dificultad de concentración</b> 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o fatiga</b> 0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3. Estoy demasiado fatigado cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida de interés en el sexo</b> 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3. He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
--	---

Subtotal Página 1: _____	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>Diagnóstico</b>
Subtotal Página 2: _____	30-63 puntos	Depresión severa.
Puntaje Total: _____	19-29 puntos	Depresión entre moderada y severa.
	10-18 puntos	Depresión entre leve y moderada
	5-9 puntos	Existencia de altibajos que se consideran normales.



- **Evaluación Psicológica Final (continuación)**

**DIAGNÓSTICO:**

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LA PROFESIONISTA**





▪ Evaluación Psicológica Final (continuación)

**PS2 ESCALAS DE CONDUCTAS OBJETIVO**

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Señale a continuación las conductas que más le gustaría poder realizar y que supondría una mejora significativa en su vida.

0. Nada	1. Casi Nada	2. Poco	3. Bastante	4. Mucho	5. Muchísimo
---------	--------------	---------	-------------	----------	--------------

Señale a continuación las conductas que más le gustaría poder realizar y que supondría una mejora significativa en su vida.

Grado de dificultad (0-5)

Conducta 1a.		=
Conducta 2a.		=
Conducta 3a.		=
Conducta 4a.		=
Conducta 5a.		=
<b>TOTAL</b>		=

202



**ESCALA DE EVITACIÓN**

Indique con qué frecuencia evita cada una de las conductas-objetivo (señaladas arriba) a causa del miedo. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta. **Grado de dificultad (0-5)**

Conducta 1a.	=
Conducta 2a.	=
Conducta 3a.	=
Conducta 4a.	=
Conducta 5a.	=
<b>TOTAL</b>	

**ESCALA DE MIEDO**

Señale cuánto miedo experimenta en cada una de las conductas objetivo. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta.

**Grado de dificultad (0-5)**

Conducta 1a.	=
Conducta 2a.	=
Conducta 3a.	=
Conducta 4a.	=
Conducta 5a.	=
<b>TOTAL</b>	
<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
0 Puntos	Dificultad Nula





▪ **Evaluación Psicológica Final (continuación)**

1 Punto	Dificultad Mínima
2 Puntos	Dificultad Manejable o moderada
3 Puntos	Dificultad Considerable
4 Puntos	Dificultad Elevada
5 Puntos	Dificultad Altísima

**DIAGNÓSTICO:**

---

OBSERVACIONES:

---

**FIRMA DE LA PROFESIONISTA**



▪ Evaluación Psicológica Final (continuación)

**PS4 ESCALAS DE AUTOESTIMA**

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Por favor, indique que tan de acuerdo se encuentra en los siguientes enunciados. Considerando que estos reflejan la situación actual en que se encuentra. Usted podrá responder con las siguientes respuestas.

**A=Muy de acuerdo**    **B=De acuerdo**    **C=En desacuerdo**    **D=Muy en desacuerdo**

1. Siento que soy una persona digna de aprecio al menos en igual medida que los demás.			
A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas.			
A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
3. Soy capaz de hacer las cosas también como la mayoría de la gente.			
A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
4. Tengo una actitud positiva hacia si misma.			
A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
5. En general estoy satisfecha de mí misma.			
A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
6. Siento que no tengo mucho de que estar orgullosa.			
A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.			
A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
8. Me gustaría sentir más respeto por mí misma.			
A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil.			
A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo
10. A veces creo que no soy buena persona.			
A=Muy de acuerdo	B=De acuerdo	C=En desacuerdo	D=Muy en desacuerdo

Interpretación: De los enunciados que van de 1 a 5, de las respuestas de la A a la D se puntuarán de 4 a 1. De los enunciados del 6 al 10, las respuestas de la A a la D se puntuarán de 1 a 4.

PUNTUACIÓN	DIAGNÓSTICO
30-40	Autoestima elevada
26-29	Autoestima media
Menos de 25 puntos	Autoestima baja

**DIAGNÓSTICO:**

OBSERVACIONES:

FIRMA DE LA PROFESIONISTA





▪ **Evaluación Psicológica Final (continuación)**

**PS5 ESCALAS DE INADAPTACIÓN**

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Rodee con un círculo el número que mejor le describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

**TRABAJO Y/O ESTUDIOS**

1. A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------

2. A causa de mis problemas actuales, mi vida habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------

3. A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------

4. A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------

5. A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------

6. A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0 NADA	1 CASI NADA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
--------	-------------	--------	------------	---------	-------------





▪ **Evaluación Psicológica Final (continuación)**

**RESULTADO**

Puntuación Diagnóstico 24-30 puntos Afectación severa 16-23 puntos Afectación moderada 8-15 puntos Afectación leve 0-7 puntos Existencia de altibajos que se consideran normales.

PUNTUACIÓN	DIAGNÓSTICO
24-30	Afectación severa
16-23	Afectación moderada
8-15	Afectación leve
0-7	Existencia de altibajos que se consideran normales

**DIAGNÓSTICO:**

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LA PROFESIONISTA**



▪ Evaluación Psicológica Final (continuación)

**PS6 TEST DE ASERTIVIDAD, RATHUS**

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Indica, mediante el código siguiente, hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las frases siguientes. Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloca su puntuación sobre la casilla situada a la derecha.

- +3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- +2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- +1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- 1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- 2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- 3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Nº	ITEM	RESPUESTA
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo.	
2	He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.	
3	Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo con el camarero/a.	
4	Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.	
5	Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".	
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.	
7	Hay veces en que provooco abiertamente una discusión.	
8	Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.	
9	En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.	
10	Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.	
11	Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.	
12	Rehúyo telefonar a instituciones y empresas.	
13	En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.	
14	Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.	
15	Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.	
16	He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.	
17	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.	
18	Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	
19	Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.	
20	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.	
21	Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	
22	Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.	
23	Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".	
24	Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.	



▪ Evaluación Psicológica Final (continuación)

25	En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.	
26	Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder.	
27	Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.	
28	Si alguien se me cuele en una fila, le llamo abiertamente la atención.	
29	Expreso mis opiniones con facilidad.	
30	Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.	

Número	Categoría	Puntuación
1	Definitivamente asertivo	61 a 90
2	Muy asertivo	31 a 60
3	Asertivo	16 a 30
4	Asertividad confrontativa	-15 a 15
5	Inasertivo	-16 a -30
6	Muy inasertivo	-31 a -60
7	Definitivamente inasertivo	-61 a -90

**DIAGNÓSTICO:**

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LA PROFESIONISTA**





▪ Evaluación Psicológica Final (continuación)

**PLAN DE SEGURIDAD**

**I. Sugerencias para aumentar la seguridad:**

- Tener los números de teléfono que son importantes, disponibles para mí y mis hijas e hijos.

• Yo \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ puedo \_\_\_\_\_ contar \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Y \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

sobre la violencia y pedirles que llamen a la policía si oyen ruidos en mi casa. Si decido salir

de la casa, yo me puedo ir a (4 sitios posibles).

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Si salgo de la casa para protegerme, yo me llevaré:**

- ✓ Mis hijas e hijos
- ✓ Documentos: \_\_\_\_\_

✓ Medicamentos: \_\_\_\_\_

✓ Objetos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ valor: \_\_\_\_\_ Dinero \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

**Para mantener mi seguridad e independencia yo debo:**

- ✓ Ejercitar una ruta de escape.
- ✓ Sólo yo debo conocer mi plan de seguridad

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PROFESIONISTA





▪ Evaluación Final de los Servicios de Psicológica

EVALUACIÓN FINAL DE LOS SERVICIOS  
ÁREA DE PSICOLOGÍA POBLACIÓN ADULTA

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PSICÓLOGA HA SIDO:

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
RESPECTUOSO			
AMABLE			
CERTERO			
CONFIDENCIAL			
EMPÁTICO			
A TIEMPO			
PROFESIONAL			

1. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HA SIDO:

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
LA SALUDA			
LA MIRA A LOS OJOS			
LA HACE SENTIR EN CONFIANZA			
PRIVACIDAD			
LA LLAMA POR SU NOMBRE			
EL TRATO EN GENERAL ES RESPECTUOSO Y AMABLE			
LE INFORMA DE SUS DERECHOS			
LE CONTESTA TODAS SUS DUDAS			

2. ¿TIENE ALGUNA SUGERENCIA PARA MEJORAR NUESTRO SERVICIO?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PROFESIONISTA





▪ **Relación de Servicios e Insumos Proporcionados**

**RELACIÓN DE SERVICIOS E INSUMOS PROPORCIONADOS A LA USUARIA  
POR EL ÁREA DE PSICOLOGÍA ADULTAS.**

NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE ESTANCIA EN EL REFUGIO: \_\_\_\_\_

**AREA: PSICOLOGÍA**

SERVICIOS	CANTIDAD
ENTREVISTA INICIAL	
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL	
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FINAL	
TERAPIA INDIVIDUAL USUARIA	
TERAPIA GRUPAL USUARIA	
<b>TOTAL</b>	

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PROFESIONISTA





▪ **Retroalimentación y Sugerencias del Servicio**

**PSICOLOGÍA ADULTAS  
RETROALIMENTACIÓN Y SUGERENCIAS DEL SERVICIO**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>NÚMERO DE EXPEDIENTE</b>	
<b>NOMBRE</b>	
<b>EDAD</b>	
<b>SEXO</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	
<b>ESCOLARIDAD</b>	
<b>OCUPACIÓN</b>	
<b>RELIGIÓN</b>	

Yo \_\_\_\_\_ hago constar que, a mi egreso del refugio, el día \_\_\_\_\_, me fueron dadas y explicadas las recomendaciones generales a seguir en relación al servicio de acompañamiento psicológico, haciendo especial énfasis en continuar asistiendo a atención psicológica y dar continuidad al seguimiento de mi caso, ofrecido por el CEA; además de ser aclaradas mis dudas en torno a dicho seguimiento. Del mismo modo, me fueron brindadas y explicadas las recomendaciones particulares y específicas de mi caso.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA





## PSICOLOGÍA INFANTIL

- Cédula de Identificación

### CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN PSICOLOGÍA INFANTIL

NOMBRE			
EDAD		SEXO	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
ESCOLARIDAD			
ENFERMEDADES		ALERGIAS	
NÚMERO DE HERMANOS		LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS	

### ESFERA FAMILIAR

#### MADRE

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Redes Sociales: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Enfermedades o alergias: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Tiempo libre: \_\_\_\_\_

Consumo/Adicciones: \_\_\_\_\_

#### PADRE

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Redes Sociales: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Enfermedades o alergias: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Tiempo libre: \_\_\_\_\_

Consumo/Adicciones: \_\_\_\_\_





▪ Cédula de Identificación (continuación)

OBSERVACIONES:

**HERMANOS**

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN

**DETECCIONES DE LA VIOLENCIA**

PADRE	ABANDONO	
	VIOLENCIA FÍSICA	
	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
	VIOLENCIA ECONÓMICA	
	VIOLENCIA SEXUAL	
	PARTICIPACIÓN EN ÁMBITO FAMILIAR	
OBSERVACIONES		

MADRE	ABANDONO	
	VIOLENCIA FÍSICA	
	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
	VIOLENCIA ECONÓMICA	
	VIOLENCIA SEXUAL	
	PARTICIPACIÓN EN ÁMBITO FAMILIAR	
OBSERVACIONES		

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

\_\_\_\_\_  
LIC. EN PSIC.  
CED P





▪ Evaluación Psicológica

**EVALUACIÓN PSICOLOGÍA INFANTIL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**Instrumentos de Evaluación:**

- Esquema de desarrollo
- Dibujo de la Figura Humana
- Prueba del dibujo de la familia
- Test Niño Bajo la Lluvia
- Casa – Arbol – Persona
- Prueba de Aceptación Temática (CAT)
- Test Pita Negra
- Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y Adolescentes
- Prueba Gestáltica Visomotora de Bender
- Listado de Síntomas de Violencia de Género en niñas y niños
- U otro: \_\_\_\_\_

	OBSTÁCULOS	FORTALEZAS	ACTIVIDADES
<b>PENSAMIENTO</b>			<input type="checkbox"/> Historia personal de la violencia. <input type="checkbox"/> No naturalización de la violencia. <input type="checkbox"/> Autoestima. <input type="checkbox"/> Resiliencia. <input type="checkbox"/> Empoderamiento. <input type="checkbox"/> Percepción de Seguridad.
<b>CONDUCTA</b>			<input type="checkbox"/> Tratar alteraciones de la conducta. <input type="checkbox"/> Resolución de conflictos. <input type="checkbox"/> Control de berrinches. <input type="checkbox"/> Actividades recreativas saludables. <input type="checkbox"/> Hábitos saludables. <input type="checkbox"/> Prevención de Abuso Sexual/Plan de Seguridad.
<b>EMOCIONES</b>			<input type="checkbox"/> Memoria emocional. <input type="checkbox"/> Autorregulación emocional. <input type="checkbox"/> Técnicas de relajación. <input type="checkbox"/> Conexión corporal <input type="checkbox"/> Reconciliación de vínculos afectivos.
<b>RELACIONES</b>			<input type="checkbox"/> Nuevo modelo de aprendizaje corporal. <input type="checkbox"/> Habilidades sociales. <input type="checkbox"/> Redes de apoyo. <input type="checkbox"/> Comunicación Familiar. <input type="checkbox"/> Proyecto familiar. <input type="checkbox"/> Ciudadanía / Valores Sociales. <input type="checkbox"/> Cultura de paz.
	<b>MICROSISTEMA</b>	<b>MESOSISTEMA</b>	<b>MACROSISTEMA</b>
<b>FORTALEZAS</b>			
<b>OBSTÁCULOS</b>			

EVALUACIÓN GLOBAL: \_\_\_\_\_

PRONÓSTICO: BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( ) RESERVADO ( ) TIEMPO: CORTO ( ) MEDIANO ( )  
LARGO ( ) INESTABLE ( )

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

\_\_\_\_\_  
LIC. EN PSIC.  
CED PROF:





▪ Evaluación Psicológica (continuación)

**DIAGNÓSTICO  
PSICOLOGÍA INFANTIL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**CONTACTO INICIAL:**

Alfabetización personal	Adecuado ( )	Regular ( )	Malo ( )
Participación	Adecuado ( )	Regular ( )	Malo ( )
Apariencia	Adecuado ( )	Regular ( )	Malo ( )
Discurso	Adecuado ( )	Regular ( )	Malo ( )
Atención y Concentración	Adecuado ( )	Regular ( )	Malo ( )
Actitud	Adecuado ( )	Regular ( )	Malo ( )
Memoria	Adecuado ( )	Regular ( )	Malo ( )
Alteraciones Senso-perceptuales	Adecuado ( )	Regular ( )	Malo ( )
Juicio	Adecuado ( )	Regular ( )	Malo ( )

Desarrollo Cognoscitivo: Elevado ( ) Normal ( ) Medio ( ) Bajo ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

Desarrollo Lingüístico y Comunicación: Elevado ( ) Normal ( ) Medio ( ) Bajo ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

Desarrollo Socio Emocional: Elevado ( ) Normal ( ) Medio ( ) Bajo ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

Desarrollo Físico: Elevado ( ) Normal ( ) Medio ( ) Bajo ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

Ambiente contextual y familiar: Elevado ( ) Normal ( ) Medio ( ) Bajo ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

Trastornos anímicos No ( ) Sí ( ) Conductas suicidas No ( ) Sí ( ) Conductas  
autodestructivas No ( ) Sí ( ) Trastornos de ansiedad No ( ) Sí ( ) Trastorno de estrés  
posttraumático No ( ) Sí ( ) Disociación No ( ) Sí ( ) Problemas de la conducta No ( ) Sí ( )

Resiliencia Elevado ( ) Normal ( ) Medio ( ) Bajo ( )

Red de apoyo Fuerte ( ) Medio ( ) Bajo ( )

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

\_\_\_\_\_  
LIC. EN PSIC.  
CED PROF:





▪ Evaluación Psicológica (continuación)

**EXPEDIENTE PSICOLOGÍA INFANTIL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL DESARROLLO PRE, PERI Y POST NATAL Y PARTO**

EMBARAZO PLANEADO: SI/NO	DÓNDE FUE ATENDIÓ EL PARTO: _____ PESO: _____
EMBARAZO DESEADO: SI/NO	TALLA: _____
SEXO DESEADO: M/H	DURACIÓN DEL PARTO: _____ DURACIÓN DEL EMBARAZO: _____
RAYOS X EN EL EMBARAZO: SI /NO	COMPLICACIONES: _____
AMENAZA DE ABORTO: SI/NO	

PARTO: NORMAL/ CESAREA RESPIRACION: BUENA/ASFIXIA/COIVULSIONES LLORÓ AL NACER: SI/NO

PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO: CABEZA/PELVICO/TRASVERSAL

INCUBADORA: NO/SI TIEMPO: \_\_\_\_\_ LESIONES, MALFORMACIONES: \_\_\_\_\_

**SUEÑO Y LENGUAJE**

HORA DE DORMIR \_\_\_\_\_ HORA DE LEVANTARSE \_\_\_\_\_ CON QUIEN DUERME \_\_\_\_\_  
ENURESIS \_\_\_\_\_

CONCILIA SOLO EL SUEÑO \_\_\_\_\_ LOS PADRES DUERMEN JUNTOS \_\_\_\_\_ SE LEVANTA  
CONSTANTEMENTE \_\_\_\_\_

MOTIVO \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DE LENGUAJE/VISIÓN/AUDICIÓN \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

**ALIMENTACIÓN**

LECHE MATERNA \_\_\_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_ DESTETE \_\_\_\_\_

CONSUMO ACTUAL \_\_\_\_\_ ALIMENTOS DE MAYOR  
CONSUMO \_\_\_\_\_

ALIMENTOS EN MENOR CONSUMO \_\_\_\_\_

**DESARROLLO MOTOR Y AUTONOMÍA PERSONAL**

SOSTUVO LA CABEZA \_\_\_\_\_ SE SENTÓ \_\_\_\_\_ GATEÓ \_\_\_\_\_  
CAMINÓ \_\_\_\_\_

CORRIÓ \_\_\_\_\_ DIESTRO/ZURDO/AMBIDIESTRO ALGUNA DIFICULTAD  
MOTRIZ \_\_\_\_\_

EDAD DE BALBUCEO \_\_\_\_\_ MUERDE UÑAS \_\_\_\_\_ BALANCEO \_\_\_\_\_ JALA  
CABELLO \_\_\_\_\_

GOLPEA LA CABEZA \_\_\_\_\_ CHUPA DEDO \_\_\_\_\_ RECHINA DIENTES \_\_\_\_\_ GESTOS O  
MUECAS \_\_\_\_\_

MUERDE O CHUPA MANOS O BRAZOS \_\_\_\_\_ ACTOS INUSUALES: \_\_\_\_\_





▪ Evaluación Psicológica (continuación)

**SOCIALIZACIÓN Y ÁREA EMOCIONAL**

CON QUIÉN JUEGA \_\_\_\_\_ DE QUÉ  
EDADES \_\_\_\_\_

A QUÉ JUEGA \_\_\_\_\_ EN  
DÓNDE \_\_\_\_\_

TRISTEZA, CAUSA Y EXPRESIÓN  
\_\_\_\_\_

ENOJO, CAUSA Y EXPRESIÓN:  
\_\_\_\_\_

ALEGRÍA, CAUSA Y EXPRESIÓN:  
\_\_\_\_\_

MIEDO, CAUSA Y EXPRESIÓN:  
\_\_\_\_\_

BERRINCHES \_\_\_\_\_ CÓMO REACCIONA  
USTED \_\_\_\_\_

CÓMO DEMUESTRA AFECTO, Y A QUIÉN:  
\_\_\_\_\_

PEGA: \_\_\_\_\_ INCOMODO CON ALGUIEN: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE SALUD**

ÚLTIMO EXÁMEN MÉDICO \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD  
FRECUENTES \_\_\_\_\_

CRÓNICAS \_\_\_\_\_ MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_

ALERGIAS \_\_\_\_\_ DESFASE DEL DESARROLLO \_\_\_\_\_ GOLPES EN LA  
CABEZA \_\_\_\_\_

ACCIDENTES \_\_\_\_\_ PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO \_\_\_\_\_ CRISIS  
CONVULSIVA \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES TERAPEUTICOS**

RECIBE ALGUN TRATAMIENTO ACTUALMENTE \_\_\_\_\_ ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSICOLOGICO \_\_\_\_\_ ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSIQUIATRICO \_\_\_\_\_

**DINÁMICA FAMILIAR**

PADRES: CASADOS/SEPARADOS/UNIÓN LIBRE/DIVORCIADOS CÚANTO TIEMPO \_\_\_\_\_ TIEMPO DE  
NOVIAZGO \_\_\_\_\_

RELACIÓN PATERNA: BUENA/REGULAR/MALA/OMISIÓN RELACIÓN MATERNA:  
BUENA/REGULAR/MALA/OMISIÓN

PERSONAS QUE PARTICIPAN EN CUIDADO Y EDUCACIÓN DE LOS  
HIJOS \_\_\_\_\_

ÚLTIMO EVENTO DE VIOLENCIA QUE EL INFANTE  
PRESENCIÓ \_\_\_\_\_

**AREA ESCOLAR**

¿LE GUSTA IR A LA ESCUELA?  
\_\_\_\_\_





## ▪ Evaluación Psicológica (continuación)

¿CÓMO CONSIDERA SU DESEMPEÑO ACADÉMICO? (BUENO/REGULAR/DEFICIENTE)

¿PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ACADÉMICO?

¿CUÁLES SON SUS MATERIAS PREFERIDAS?

¿CUÁLES SON SUS MATERIAS MENOS PREFERIDAS?

¿HA RECIBIDO ALGUNA QUEJA O COMENTARIO POR PARTE DEL PROFESOR O PROFESORA?

¿TIENE UN HORARIO EN ESPECÍFICO PARA REALIZAR SUS TAREAS?

¿LE CUESTA TRABAJO REALIZAR SUS TAREAS ESCOLARES?

### INFANTE

¿TE GUSTA ASISTIR A LA ESCUELA?

¿CUÁLES SON TUS MATERIAS PREFERIDAS?

¿CUÁLES SON TUS MATERIAS MENOS PREFERIDAS?

¿TIENES AMIGOS?

### AREA RECREATIVA

LA/EL INFANTE CONOCE LA PLAYA	LA/EL INFANTE PRACTICA ALGÚN DEPORTE
LA/EL INFANTE CONOCE ALGÚN MUSEO	LA/EL INFANTE HA ESTUDIADO ALGÚN IDIOMA
LA/EL INFANTE HA IDO AL CINE	LA/EL INFANTE CONOCE LA ESPIRITUALIDAD

### PROBLEMAS CONDUCTUALES

AGRESIVO	DESOBEDIENTE
HIPERACTIVO	HAY QUE FORZARLO PARA COMPLETAR UNA TAREA
MENTIROSO	IRRITABLE
HURTA OBJETOS	IMPULSIVO
TÍMIDO	OTRO:

### RELACIONES DE LOS PADRES CON EL INFANTE

TIEMPO DEDICADO A LA FAMILIA:

PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_

CON QUIEN SE LLEVA MEJOR (PADRE-MADRE): \_\_\_\_\_

PORQUE: \_\_\_\_\_

QUIEN LO REGAÑA CON MAYOR FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

PORQUE: \_\_\_\_\_

QUIEN ES EL QUE LO CASTIGA CON MAYOR FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

PORQUE: \_\_\_\_\_





▪ **Evaluación Psicológica (continuación)**

FORMA DE REPRENDER A LA/EL

INFANTE: \_\_\_\_\_

PREMIOS O BENEFICIOS QUE RECIBE LA/EL

INFANTE: \_\_\_\_\_

QUE ACTIVIDADES REALIZAN CON MAYOR FRECUENCIA EN

FAMILIA: \_\_\_\_\_

**PERSONAS QUE CONVIVEN CON LA/EL INFANTE EN LA CASA**

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCCUPACIÓN	ESTADO CIVIL

**MADRE**

COMO CONSIDERA LA RELACION DE LA/EL INFANTE CON

USTED: \_\_\_\_\_

COMO PODRIA MODIFICAR POSITIVAMENTE SU RELACION CON EL /LA

INFANTE: \_\_\_\_\_

CUANTAS HORAS DEL DIA CONVIVE CON LA/EL

INFANTE: \_\_\_\_\_

QUE EJEMPLOS POSITIVOS HA VISTO LA/EL INFANTE CON

USTED: \_\_\_\_\_

QUE EJEMPLOS NEGATIVOS HA VISTO LA/EL INFANTE CON

USTED: \_\_\_\_\_

DEL 1 AL 100%, QUE TAN RESPONSABLE SE CONSIDERA COMO

MAMÁ: \_\_\_\_\_

QUE CONSIDERA QUE PUEDE HACER PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE LA/EL

INFANTE: \_\_\_\_\_

**INFANTE**

CON TUS PROPIAS PALABRAS DESCRIBE COMO ES TÚ MANERA DE SER:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMO TE LLEVAS CON PAPÁ:

\_\_\_\_\_

COMO TE LLEVAS CON MAMÁ:

\_\_\_\_\_

COMO TE LLEVAS CON TUS HERMANOS

(AS): \_\_\_\_\_

CON QUIEN TE LLEVAS MEJOR:

\_\_\_\_\_





▪ **Evaluación Psicológica (continuación)**

QUE COSAS TE DAN MIEDO/ ALEGRIA/ENFADO/TRISTEZA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMO SUELES EXPRESAR TUS EMOCIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CUAL ES TU ESTADO DE ANIMO ACTUAL MÁS FRECUENTE:

\_\_\_\_\_

CUAL ES TU ACTIVIDAD FAVORITA:

\_\_\_\_\_

PSICOLOGA	BUENO	REGULAR	MALO	PSICOLOGA	BUENO	REGULAR	MALO
APARIENCIA DEL INFANTE				VINCULO PADRE/INFANTE			
HÁBITOS				MANEJO DE LÍMITES			
CUIDADOS				COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA			
COMUNICACIÓN FAMILIAR				COMPORTAMIENTO EN CASA			
MANEJO DE AUTORIDAD				COMPORTAMIENTO EN OTROS ESPACIOS			
VINCULO MADRE/INFANTE				COMPORTAMIENTO ANTE VIOLENCIA			

Acepto que le realicen pruebas psicológicas a mi hijo y/o hija ( SI ) ( NO )

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

\_\_\_\_\_  
LIC. EN PSIC.  
CED PROF:





▪ Evaluación Psicológica (continuación)

**SÍNTOMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN NIÑOS Y NIÑAS**

NOMBRE:

\_\_\_\_\_

SÍNTOMAS	INICIAL	REFUGIO	FINAL
<b>1. PROBLEMAS DE SOCIALIZACIÓN</b>			
- AISLAMIENTO			
- INSEGURIDAD			
- AGRESIVIDAD			
- REDUCCIÓN DE COMPETENCIAS SOCIALES			
<b>2. SÍNTOMAS DEPRESIVOS</b>			
- LLANTO			
- TRISTEZA			
- BAJA AUTOESTIMA			
- AISLAMIENTO			
<b>3. MIEDOS</b>			
- MIEDOS NO ESPECÍFICOS			
- PRESENTIMIENTO DE QUE ALGO VA A OCURRIR			
- MIEDO A LA MUERTE			
- MIEDO A PERDER A LA MADRE			
- MIEDO A PERDER AL PADRE			
<b>4. ALTERACIONES DEL SUEÑO</b>			
- PESADILLAS			
- MIEDO A DORMIR SOLO			
- TERRORES NOCTURNOS			
<b>5. SÍNTOMAS REGRESIVOS</b>			
- ENURESIS			
- ECOPRESIS			
- RETRASO EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE			
- ACTUAR COMO NIÑOS MENORES DE LA EDAD QUE TIENEN			
<b>6. PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN EN LA ESCUELA</b>			
- PROBLEMAS DE APRENDIZAJE			
- DIFICULTADES EN LA CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN			
- DIFERENCIA EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR			
- DIFICULTADES PARA COMPARTIR CON OTROS NIÑOS			
<b>7. RESPUESTAS EMOCIONALES Y DE COMPORTAMIENTO</b>			
- IRA			
- CAMBIOS REPENTINOS DE HUMOR			
- ANSIEDAD			
- NEGACIÓN DE LA SITUACIÓN VIOLENTA O RESTAR IMPORTANCIA			
- TENDENCIA A NORMALIZAR SUFRIMIENTO Y AGRESIÓN COMO MODOS NATURALES DE RELACIÓN			
- ADOLESCENTE, RELACIONES CONFLICTIVAS Y ADICCIONES			
- ADOLESCENTE, ASUME COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y EVASIÓN			
- ADOLESCENTE, MODOS VIOLENTOS DENTRO DEL HOGAR			
- HUIDA DEL HOGAR			
- VER COMPORTAMIENTO DE LOS DEMÁS CON INTENCIONES HOSTILES Y A RESPONDER DE MANERA VIOLENTA COMO DEFENSA			
<b>8. SÍNTOMA DE ESTRES POSTRAUMÁTICO</b>			
- INSOMNIO			
- PESADILLAS RECURRENTES			
- FOBIAS			
- ANSIEDAD			
- RE-EXPERIMENTACIÓN DEL TRAUMA			
- TRASTORNOS DISOCIATIVOS			
<b>9. PARENTALIZACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS</b>			
- ASUMIR ROLES PARENTALES DE PROTECCIÓN HACIA HERMANOS MENORES			
- ASUMIR ROLES PARENTALES DE PROTECCIÓN HACIA LA MADRE			

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

LIC. EN PSIC.





▪ **Colaboración con Otras Áreas de Atención**

**COLABORACIÓN CON OTRAS ÁREAS DE ATENCIÓN  
PSICOLOGÍA INFANTIL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

ÁREA	CONTRIBUCIÓN	REALIZA SI / NO
TRABAJO SOCIAL	Realiza la gestión laboral y escolar.	
ENFERMERÍA	Recibe a la víctima (infantes). Elabora historia clínica y su diagnóstico de los infantes. Detecta los tipos de violencia en los infantes.	
PSICOLOGÍA USUARIAS	Elaboración de técnicas terapéuticas con las mamás de los infantes.	
JURÍDICO	Registro de Identidad (Actas de Nacimiento) ante el Registro Civil.	
PEDAGOGÍA	Identifica necesidades básicas de educación. Informa alternativas de educación. Elabora plan de intervención.	

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

\_\_\_\_\_  
LIC. EN PSIC.  
CED PROF:





▪ Plan de Intervención

**PLAN DE INTERVENCIÓN  
DE PSICOLOGÍA INFANTIL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

ACCIÓN	IMPLEMENTACIÓN SI/NO
BIENVENIDA	
ENTREVISTA INICIAL	
INTERVENCIÓN EN CRISIS	
VALORACIÓN PSICOLÓGICA	
ENTREVISTA CON LA MADRE CÉDULA DE DESARROLLO	
APERTURA DE EXPEDIENTE DE PSICOLOGÍA INFANTIL	
SELECCIÓN DE TÉCNICAS TERAPÉUTICAS	
ELABORACIÓN DE ESTRATÉGIAS DE TRATAMIENTO	
ELABORACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	
ASIGNACIÓN DE TAREAS Y ACTIVIDADES POR SESIÓN	
RECUPERACIÓN DE RECURSOS PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y EDUCATIVOS	
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DE CASO	
IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATÉGIAS ADQUIRIDAS Y DESARROLLADAS EN COORDINACIÓN CON LA MADRE	
CIERRE DE EXPEDIENTE DE PSICOLOGÍA INFANTIL	
SEGUIMIENTO	

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

\_\_\_\_\_  
LIC. EN PSIC.  
CED PROF:





▪ **Plan de Seguridad**

**PLAN DE SEGURIDAD**

¿Cuál es mi nombre completo?

Persona de confianza	Persona de confianza	Persona de confianza
----------------------	----------------------	----------------------



¿Cuándo puedo estar en peligro?

---



---



---

¿Qué debo de hacer en caso de que mi mamá se encuentre en peligro?

---



---



---

¿A quién puedo llamar? Teléfonos  
Escudos de protección

--	--	--

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

\_\_\_\_\_  
LIC. EN PSIC.  
CED PROF





▪ Proyecto de Vida

**PROYECTO DE VIDA  
PSICOLOGÍA INFANTIL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

ÁMBITO	OBJETIVO ¿QUÉ DESEO?	TIEMPO ¿EN CUÁNTO TIEMPO LO LOGRARÉ?	ESTRATEGÍAS ¿CÓMO LO VOY A HACER?	APOYOS EXTERNOS ¿EN QUIÉN ME PUEDO APOYAR PARA LOGRARLO?
FÍSICO- SALUD				
SOCIAL				
AFECTIVO				
EDUCATIVO INTELLECTUAL				
RECREATIVO				

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

\_\_\_\_\_  
LIC. EN PSIC.  
CID PROF:





▪ **Relación de Servicios Proporcionados**

**RELACIÓN DE SERVICIOS PROPORCIONADOS  
PSICOLOGÍA INFANTIL**

NOMBRE DEL INFANTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA USUARIA: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_\_

ATENCIONES	CANTIDAD
SESIONES INDIVIDUALES	
SESIONES GRUPALES	
OTRO (SESIONES FAMILIARES)	

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

\_\_\_\_\_  
LIC. EN PSIC.  
CED PROF:





▪ Evaluación final de los Servicios Proporcionados

EVALUACIÓN FINAL DE LOS SERVICIOS  
PSICOLOGÍA INFANTIL

USUARIA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL INFANTE: \_\_\_\_\_

- ¿SU NIVEL DE SATISFACCIÓN A LA CALIDAD DEL SERVICIO QUE BRINDÓ PSICOLOGÍA INFANTIL ES?  
EXCELENTE                  BUENA                  REGULAR                  MALA                  PESIMA
- ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON LA AYUDA QUE SE LE BRINDÓ?  
BASTANTE                  MUCHO                  POCO                  NADA
- ¿SI NECESITARÁ NUEVAMENTE NUESTROS SERVICIOS, QUÉ TAN DISPUESTA ESTRARÍA EN REGRESAR?  
MUY DISPUESTA                  DISPUESTA                  NADA DISPUESTA

EVALUACIÓN DE CALIDEZ POR LA USUARIA

PSICOLOGÍA INFANTIL	SI	NO
FUE CALIDA EN SU TRATO		
FUE CERCANA		
LE SALUDABA Y LE SONREIA		
SE DIRIGIA A USTED CON RESPETO		
SE DIRIGIA A USTED POR SU NOMBRE		
LE EXPLICABA LAS ATENCIONES QUE LE IBA A DAR		
BUSCÓ QUE SU ESTANCIA FUERA AGRADABLE		
LE OFRECIÓ CONDICIONES DE PRIVACIDAD		
LE HIZO SENTIRSE SEGURA		

¿DENTRO DE SU PROCESO DE PERMANENCIA CREE QUE LE FALTÓ ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN O AYUDA?  
ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA SUGERENCIA PARA MEJORAR NUESTRO SERVICIO?  
CÚAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

\_\_\_\_\_  
LIC. EN PSIC.  
CED PROF





- Bitácora de Seguimiento

**BITÁCORA DE ACTIVIDADES DE PSICOLOGÍA INFANTIL  
(NOTA DE EVOLUCIÓN)**

**NOMBRE DE LA USUARIA:**

**NOMBRE DEL/LA INFANTE:**

**EXPEDIENTE:**

Fecha	Tipo de Actividad	Acción/Actividad	Observaciones

Lic. \_\_\_\_\_  
Psicóloga infantil  
Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

Usuario \_\_\_\_\_





## ABOGADA (O)

- Solicitud de Ingreso Voluntario

### SOLICITUD VOLUNTARIA DE INGRESO AL REFUGIO

Con fundamento en los artículos 54, 55, 56, 57, 58 y 59 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que establecen las bases para el funcionamiento de los refugios y demás leyes y reglamentos Estatales e Internacionales aplicables en la materia, es importante hacer de su conocimiento lo siguiente:

- El ingreso al refugio es **VOLUNTARIO**.
- La estancia puede ser de **UN DÍA A TRES MESES** y/o dependiendo de la valoración del equipo multidisciplinario extenderse el plazo de estancia, donde se requiere el compromiso de la usuaria para su propio proceso.
- Es un espacio de resguardo y seguridad por lo que la atención es **A PUERTA CERRADA**.
- La usuaria y sus hijas e hijos tienen derecho a recibir atención **PSICOLÓGICA, PSICOLÓGICA INFANTIL, JURÍDICA, MÉDICA Y DE ENFERMERÍA, PEDAGÓGICA Y DE TRABAJO SOCIAL**.
- Durante la estancia de la usuaria se le brindará **CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO**.
- Los materiales que se proporcionen para los talleres de capacitación son parte del refugio.
- La usuaria **PODRÁ SOLICITAR SU EGRESO EN CUALQUIER MOMENTO** para lo cual deberá tener en consideración horarios y días hábiles.
- En caso de incumplimiento al reglamento se aplicará lo establecido en el artículo 15 **FRACCIÓN TERCERA** del mismo, causando egreso necesario del espacio.
- Al egresar **LA USUARIA SE COMPROMETE A NO DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN** relacionada al domicilio del refugio, el personal que ahí labora y de las mujeres que se encuentren viviendo en él por seguridad de las mismas y del personal que ahí labora.

Una vez leído lo anterior, si desea formar parte del mismo por convicción y porque considera que esta opción es la que requiere, llene la solicitud anexa:

Yo \_\_\_\_\_ he leído lo anterior y estando de acuerdo, me comprometo a respetarlo, participar y cumplirlo para beneficio de mi persona e hijos e hijas con fecha \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ **SOLICITO VOLUNTARIAMENTE MI INGRESO Y EL DE MIS MENORES HIJOS** que me acompañan de \_\_\_\_\_ nombres \_\_\_\_\_ y edades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA





▪ **Acuerdos para la Sana convivencia**

**ACUERDOS PARA UNA SANA CONVIVENCIA ENTRE USUARIAS Y PROFESIONISTAS DURANTE SU ESTANCIA EN EL REFUGIO**

- 1.- Proporcionar toda la información que pueda ayudar a proporcionar un mejor servicio en cada una de las áreas, es decir, **NO OCULTAR U OMITIR CUALQUIER TIPO DE INFORMACIÓN**, por ejemplo: hijos fuera del matrimonio, reportes de maltrato hacia sus hijas e hijos, matrimonios o amasiatos, enfermedades y/o adicciones, entre otros.
- 2.- Las usuarias y profesionistas deberán conducirse con respeto, atención y calidez en igualdad de condiciones sin ningún tipo de discriminación.
- 3.- Se satisfacerán sus necesidades y requerimientos elementales en un ambiente digno y decoroso.
- 4.- Por salud deberán mantener hábitos de higiene personal, de sus hijos e hijas, así como del dormitorio asignado y áreas comunes.
- 5.- Deberán participar las usuarias, hijas e hijos en las actividades asignadas por el equipo multidisciplinario.
- 6.- Cada usuaria es responsable de sus hijas e hijos; por lo tanto, la seguridad y sana convivencia de ellos con los demás niños y niñas que habitan el refugio depende de la usuaria.
- 7.- Cada usuaria deberá informar de manera oportuna si tiene algún padecimiento o dolencia, para estar en posibilidad de pasar con el médico en turno.
- 8.- Calcular debidamente la cantidad de insumos que se requieran para la elaboración de alimentos y así evitar desperdicios.
- 9.- Respetar los horarios ya establecidos para todas y cada una de las actividades.
- 10.- Podrán mantener comunicación vía telefónica con sus familiares previa solicitud.
- 11.- Confidencialidad por parte del personal del refugio, en el manejo de la información de la usuaria.

Por lo que una vez que he leído las líneas precedentes me comprometo a cumplir con los puntos anteriores a las \_\_\_\_\_ hrs. del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, y para el caso contrario hacerme acreedora a las sanciones estipuladas en el Reglamento Interno del Refugio.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA





▪ **Entrevista Inicial**

**ENTREVISTA INICIAL**

NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

SERVICIO QUE SOLICITA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripción de los hechos y conductas violentas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Puede contarse con pruebas? y ¿Cuáles?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Considera que los hechos narrados son constitutivos de delito?

SI ( ) NO ( )

Ante que instancia se acudiría:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La asesoría se otorgó en Materia:

a) Familiar ( ) b) Penal ( ) c) Civil ( ) d) otro ( )





- Entrevista Inicial (continuación)

Observaciones:

---

---

Nombre y firma de abogada

Nombre y firma de usuaria



Plan de Trabajo

PLAN DE TRABAJO ÁREA JURÍDICA

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ACCIÓN	REALIZADO	NO REALIZADO	OBSERVACIONES
Brindar asesoría jurídica y orientación de primer contacto para detectar áreas de atención.			
Impartir acciones de prevención de la violencia familiar, así como dar a conocer sus derechos.			
Dar a conocer consentimiento informado a la usuaria para que conozca las posibles implicaciones legales que podrán presentarse a lo largo de su estancia en el refugio, así como durante el proceso legal.			
Coadyuvar con el proceso de elaboración de hechos para su posterior integración en demanda.			
Recopilación de documentos necesarios para inicio de proceso legal.			
Elaboración de demanda.			
Presentación de demanda en juzgados.			

a) De tener carpeta de investigación iniciada:

Número de carpeta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha en que la inició: \_\_\_\_\_

Agencia de Ministerio Público donde se inició: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Delito (s) por los que se inició: \_\_\_\_\_

Citas programadas: \_\_\_\_\_

Acciones legales por realizar: \_\_\_\_\_





▪ **Plan de Trabajo (continuación)**

\_\_\_\_\_

¿Cuenta con asesor jurídico?: \_\_\_\_\_

**b) De tener algún procedimiento Familiar iniciado:**

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Fecha en que lo inicio: \_\_\_\_\_

Juzgado donde lo inicio: \_\_\_\_\_

Juicio iniciado: \_\_\_\_\_

Citas programadas: \_\_\_\_\_

Acciones legales por realizar: \_\_\_\_\_

¿Cuenta con abogado?: \_\_\_\_\_

**TIPO DE PROCESO QUE SE INICIA**

FAMILIAR ( ) PENAL ( ) CIVIL ( ) OTRA: \_\_\_\_\_

OBJETIVO:

\_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

JUZGADO O AGENCIA DE MINISTERIO PUBLICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

JUICIO O DELITO: \_\_\_\_\_

ACTOR O VICTIMA: \_\_\_\_\_

DEMANDADO O IMPUTADO: \_\_\_\_\_

**SE SOLICITAN MEDIDAS DE PROTECCION O PROVISIONALES:**

A) GUARDA Y CUSTODIA SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

B) PENSIÓN ALIMENTICIA SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_





- Plan de Trabajo (continuación)

C) RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

D) MEDIDAS DE PROTECCIÓN SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA ABOGADA





▪ Seguimiento de Procesos Legales

**SEGUIMIENTO DE PROCESOS LEGALES**

NÚMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**a) De tener carpeta de investigación iniciada al ingresar al refugio:**

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de carpeta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha en que la inició: \_\_\_\_\_

Agencia de Ministerio Público donde se inició: \_\_\_\_\_

Delito (s) por los que se inició: \_\_\_\_\_

Acciones legales por realizar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuenta con asesor Jurídico?: \_\_\_\_\_

**b) De tener algún procedimiento Familiar iniciado al ingresar a refugio:**

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Fecha en que lo inicio: \_\_\_\_\_

Juzgado donde lo inicio: \_\_\_\_\_

Juicio iniciado: \_\_\_\_\_

Citas programadas: \_\_\_\_\_

Acciones legales por realizar: \_\_\_\_\_

¿Cuenta con abogado?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de abogada

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de usuaria





▪ Seguimiento de Procesos Legales (continuación)

**TIPO DE PROCESO QUE SE INICIA**

Fecha: \_\_\_\_\_

FAMILIAR ( ) PENAL ( ) CIVIL ( ) OTRA: \_\_\_\_\_

OBJETIVO:

\_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

JUZGADO O AGENCIA DE MINISTERIO PUBLICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

JUICIO O DELITO: \_\_\_\_\_

ACTOR O VICTIMA: \_\_\_\_\_

DEMANDADO O IMPUTADO: \_\_\_\_\_

**SE SOLICITAN MEDIDAS DE PROTECCION O PROVISIONALES:**

A) GUARDA Y CUSTODIA SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

B) PENSIÓN ALIMENTICIA SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

C) RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

D) MEDIDAS DE PROTECCIÓN SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA ABOGADA



## Consentimiento Informado de Procedimientos Jurídicos

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tipo de atención: Asesoría, orientación, acompañamiento y representación legal para mujeres víctimas de violencia que residen en el Refugio Temporal para Mujeres Víctimas de Violencia, sus hijas e hijos. Nombre de la mujer residente:

Nombre y número de Cédula  
Profesional de la Licenciada en  
Derecho: \_\_\_\_\_

Se le hace de su conocimiento que se ha detectado que usted requiere una asesoría, orientación, acompañamiento y posible representación legal, en algún proceso familiar, civil o penal, por lo que, antes de decidir si es su deseo o no que se le represente de manera legal, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea que se le brinden los servicios jurídicos, se le pedirá que firme el formato de consentimiento.

#### 1. JUSTIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS JURÍDICOS.

La encargada del área jurídica del Refugio Temporal para mujeres Víctimas de Violencia extrema sus hijas e hijos, realizará una entrevista inicial, para detectar el tipo de atención que necesita, ya sea, de asesoría, orientación, acompañamiento o representación legal en algún proceso familiar, civil o penal, así como de seguimiento a algún proceso ya iniciado.

#### 2. INFORMA A LA VÍCTIMA SOBRE SUS DERECHOS.

Al respecto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su **artículo 20 inciso C.** que a la letra dice:

*C. De los derechos de la víctima o del ofendido:*

*I. Recibir asesoría jurídica; ser informado de los derechos que en su favor establece la Constitución y, cuando lo solicite, ser informado del desarrollo del procedimiento penal;*

*II. Coadyuvar con el Ministerio Público; a que se le reciban todos los datos o elementos de prueba con los que cuente, tanto en la investigación como en el proceso, a que se desahoguen las diligencias correspondientes, y a intervenir en el juicio e interponer los recursos en los términos que prevea la ley.*

*Cuando el Ministerio Público considere que no es necesario el desahogo de la diligencia, deberá fundar y motivar su negativa;*

*III. Recibir, desde la comisión del delito, atención médica y psicológica de urgencia;*

*IV. Que se le repare el daño. En los casos en que sea procedente, el Ministerio Público estará obligado a solicitar la reparación del daño, sin menoscabo de que la víctima u ofendido lo pueda solicitar directamente, y el juzgador no podrá absolver al sentenciado de dicha reparación si ha emitido una sentencia condenatoria.*

*La ley fijará procedimientos ágiles para ejecutar las sentencias en materia de reparación del daño;*

*V. Al resguardo de su identidad y otros datos personales en los siguientes casos: cuando sean menores de edad; cuando se trate de delitos de violación, secuestro o delincuencia*

## Consentimiento Informado de Procedimientos Jurídicos (continuación)

organizada; y cuando a juicio del juzgador sea necesario para su protección, salvaguardando en todo caso los derechos de la defensa.

El Ministerio Público deberá garantizar la protección de víctimas, ofendidos, testigos y en general todos los sujetos que intervengan en el proceso. Los jueces deberán vigilar el buen cumplimiento de esta obligación;

VI. Solicitar las medidas cautelares y providencias necesarias para la protección y restitución de sus derechos, y

VII. Impugnar ante autoridad judicial las omisiones del Ministerio Público en la investigación de los delitos, así como las resoluciones de reserva, no ejercicio, desistimiento de la acción penal o suspensión del procedimiento cuando no esté satisfecha la reparación del daño.

Así como también los consagrados en los artículos 7 y 8 de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

### TITULO II MODALIDADES DE LA VIOLENCIA CAPITULO I DE LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR

**ARTÍCULO 7.-** Violencia familiar. Es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo Agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.

También se considera violencia familiar cuando la persona agresora tenga responsabilidades de cuidado o de apoyo, aunque no tenga una relación de parentesco.

**ARTÍCULO 8.** Los modelos de atención, prevención y sanción que establezcan la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios, son el conjunto de medidas y acciones para proteger a las víctimas de violencia familiar, como parte de la obligación del Estado, de garantizar a las mujeres su seguridad y el ejercicio pleno de sus derechos humanos. Para ello, deberán tomar en consideración:

I. Proporcionar atención, asesoría jurídica y tratamiento psicológico especializado y gratuito a las víctimas, que favorezcan su empoderamiento y reparen el daño causado por dichas violencias;

II. Brindar servicios reeducativos integrales, especializados y gratuitos al Agresor para erradicar las conductas violentas a través de una educación que elimine los estereotipos de supremacía masculina, y los patrones machistas que generaron su violencia;

III. Evitar que la atención que reciban la Víctima y el Agresor sea proporcionada por la misma persona y en el mismo lugar. En ningún caso podrán brindar atención, aquellas personas que hayan sido sancionadas por ejercer algún tipo de violencia;

IV. Evitar procedimientos de mediación o conciliación, por ser inviables en una relación de sometimiento entre el Agresor y la Víctima;

V. Favorecer la separación y alejamiento del Agresor con respecto a la Víctima, y

VI. Favorecer la instalación y el mantenimiento de refugios para las víctimas y sus hijas e hijos; la información sobre su ubicación será secreta y proporcionarán apoyo psicológico y legal especializados y gratuitos. Las personas que laboren en los refugios deberán contar con la cédula profesional correspondiente a la especialidad en que desarrollen su trabajo. En ningún caso podrán laborar en los refugios personas que hayan sido sancionadas por ejercer algún tipo de violencia.





▪ **Consentimiento Informado de Procedimientos Jurídicos (continuación)**

Finalmente, se le da a conocer el **CAPÍTULO V DE LOS REFUGIOS PARA LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA** de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una vida libre de violencia

**CAPÍTULO V**

**DE LOS REFUGIOS PARA LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA**

**ARTÍCULO 54.-** Corresponde a los refugios, desde la perspectiva de género:

- I. Aplicar el Programa;
- II. Velar por la seguridad de las mujeres que se encuentren en ellos;
- III. Proporcionar a las mujeres la atención necesaria para su recuperación física y psicológica, que les permita participar plenamente en la vida pública, social y privada;
- IV. Dar información a las víctimas sobre las instituciones encargadas de prestar asesoría jurídica gratuita;
- V. Brindar a las víctimas la información necesaria que les permita decidir sobre las opciones de atención;
- VI. Contar con el personal debidamente capacitado y especializado en la materia, y
- VII. Todas aquellas inherentes a la prevención, protección y atención de las personas que se encuentren en ellos.

**ARTÍCULO 55.-** Los refugios deberán ser lugares seguros para las víctimas, por lo que no se podrá proporcionar su ubicación a personas no autorizadas para acudir a ellos.

**ARTÍCULO 56.-** Los refugios deberán prestar a las víctimas y, en su caso, a sus hijas e hijos los siguientes servicios especializados y gratuitos:

- I. Hospedaje;
- II. Alimentación;
- III. Vestido y calzado;
- IV. Servicio médico;
- V. Asesoría jurídica;
- VI. Apoyo psicológico;
- VII. Programas reeducativos integrales a fin de que logren estar en condiciones de participar plenamente en la vida pública, social y privada;
- VIII. Capacitación, para que puedan adquirir conocimientos para el desempeño de una actividad laboral, y
- IX. Bolsa de trabajo, con la finalidad de que puedan tener una actividad laboral remunerada en caso de que lo soliciten.

Los refugios y los Centros de Justicia para las Mujeres deberán contar con todas las condiciones de accesibilidad necesarias para proporcionar atención, en igualdad de condiciones y sin discriminación, a las mujeres con discapacidad, incluyendo la posibilidad de contar con asistencia de personal de apoyo

**ARTÍCULO 57.-** La permanencia de las víctimas en los refugios no podrá ser mayor a tres meses, a menos de que persista su inestabilidad física, psicológica o su situación de riesgo.

**ARTÍCULO 58.-** Para efectos del artículo anterior, el personal médico, psicológico y jurídico del refugio evaluará la condición de las víctimas.

**ARTÍCULO 59.-** En ningún caso se podrá mantener a las víctimas en los refugios en contra de su voluntad.



▪ **Consentimiento Informado de Procedimientos Jurídicos (continuación)**

**3. EXPLORACIÓN SOBRE PROCESOS JUDICIALES**

a) De tener carpeta de investigación iniciada:

Número de carpeta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha en que la inició: \_\_\_\_\_

Agencia de Ministerio Público donde se inició: \_\_\_\_\_

Delito (s) por los que se inició: \_\_\_\_\_

Citas programadas: \_\_\_\_\_

Acciones legales por realizar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuenta con asesor jurídico?: \_\_\_\_\_

b) De tener algún procedimiento Familiar iniciado:

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Fecha en que lo inició: \_\_\_\_\_

Juzgado donde lo inició: \_\_\_\_\_

Juicio iniciado: \_\_\_\_\_

Citas programadas: \_\_\_\_\_

Acciones legales por realizar: \_\_\_\_\_

¿Cuenta con abogado?: \_\_\_\_\_

**¿DESEA USTED QUE SE INICIE ALGÚN TIPO DE PROCESO LEGAL?**

SI ( )

NO ( )

Describir:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. INICIO DE PROCESOS LEGALES**

Dentro de su permanencia voluntaria en el espacio temporal la mujer residente se compromete a:





## ▪ Consentimiento Informado de Procedimientos Jurídicos (continuación)

- a) Proporcionar a la abogada los elementos necesarios para la presentación de denuncias penales o Juicios en Materia familiar según sea el caso.
- b) Realizar de manera detallada y en compañía o con orientación de su terapeuta un relato el cual deberá contener lo siguiente:
  - 1. Lugar y fecha en que conoció al generador de violencia
  - 2. Lugar y fecha en que se casó o inició una relación de hecho (unión libre)
  - 3. Lugar y fecha de nacimiento de sus hijas e hijos.
  - 4. Deberá explicar ¿cómo fue su relación en el noviazgo, embarazo y vida en común?
  - 5. Narrar por lo menos 3 eventos violentos que haya sufrido.
  - 6. Narrar por lo menos 3 eventos violentos que hayan sufrido sus hijas e hijos.
  - 7. En caso de haber realizado algún procedimiento penal o familiar con anticipación deberá proporcionar dicha información, especificando la fecha en que inició el procedimiento, autoridad que conoce del procedimiento, tipo de procedimiento iniciado.
  - 8. Finalmente, se compromete a entregar los documentos necesarios, tales como actas de nacimiento, copias de identificación oficial, y demás, con el objeto de que dichos documentos sean agregados a su procedimiento penal o familiar.
- c) Una vez iniciado el procedimiento, la abogada se compromete a informarle los datos de identificación del expediente, tales como son: número de expediente, juzgado o ministerio público en que este conociendo y estado procesal del mismo. Así se compromete como a informarle paso a paso el procedimiento realizado y resolverá las dudas que tenga.
- d) Para el caso de las audiencias de escucha de menor, la usuaria podrá solicitar atenciones psicológicas previas para sus hijas e hijos en caso de que así lo consideren necesario, para lo cual se deberá hacer con una anticipación de al menos 2 semanas para poder planear la logística de las mismas.
- e) Los gastos de copias simples o certificadas, así como la diligenciación de oficios, exhortos y demás trámites correrá a cargo del refugio temporal para mujeres víctimas de violencia extrema, sus hijas e hijos.

### 6. SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DEL CASO Y EGRESO DEL REFUGIO TEMPORAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, SUS HIJAS E HIJOS

Se hace de su conocimiento que para el caso de que se haya iniciado algún proceso legal en cualquier materia (familiar, civil o penal) y dicho procedimiento no se haya concluido durante su estancia en el REFUGIO, en el momento de su egreso, se procederá a realizar un seguimiento externo por parte de la abogada del Centro Externo de Atención CEDEIM, para lo cual se le hace saber que se realizara la canalización correspondiente para su seguimiento, además se le informan las condiciones de la prestación del servicio:

- a) Deberá dejar al menos dos números telefónicos para contacto con la abogada de refugio para hacérselo llegar a la abogada del Centro Externo de Atención CEDEIM, así como dirección donde vivirá y para el caso de que cambie de dirección y teléfono deberá informarlo a la brevedad con la finalidad de no perder el contacto telefónico.
- b) Se debe comprometer a llamar a la abogada del Centro Externo de Atención CEDEIM en los días y horarios que le indique la abogada, para preguntar sobre el avance del proceso legal.
- c) Para el caso de las diligencias que requieran la presencia de la usuaria para el desahogo de las audiencias de escucha de menor, de ser el caso, deberá ponerse





▪ **Consentimiento Informado de Procedimientos Jurídicos (continuación)**

de acuerdo con la abogada con una anticipación para planear la logística de dicha diligencia.

- d) Los gastos de copias simples o certificadas, así como la diligenciación de oficios, exhortos y demás trámites correrán a su cargo.
- e) Tendrá que poner de acuerdo con la abogada del Centro Externo de Atención CEDEIM, para la celebración de una audiencia, comprometiéndose a llegar por sus propios medios al lugar y la hora que sea citada liberando de toda responsabilidad a la abogada en el caso de que usted llegue tarde o no se presente a la audiencia respectiva.

Por otra parte, también manifiesto que estoy enterada que para el caso de que yo me encuentre egresada y deje de tener contacto con la abogada del Centro Externo de Atención CEDEIM en los términos precisados en el apartado 6 del presente documento, se entenderá de manera tácita **que ya no deseo ser beneficiaria de los servicios que proporciona la abogada**, a través del Centro Externo de Atención CEDEIM, librando de toda responsabilidad, civil, penal o administrativa que por esa situación se derive.

Firmando de conformidad quienes en ella intervienen, para los fines legales que se estimen pertinentes.

244



\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA ABOGADA





▪ **Manifestación Voluntaria de no Patrocinio Legal**

**MANIFESTACIÓN VOLUNTARIA DE NO PATROCINIO LEGAL Y/O SEGUIMIENTO DE JUICIO O CARPETA DE INVESTIGACIÓN ÁREA JURÍDICA**

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

A quien corresponda, por medio de la presente le hago de su conocimiento que la profesionista en derecho adscrita a este REFUGIO, me dio asesoría jurídica, en la cual me explico las acciones legales a realizar respecto a mi problemática, me explico los alcances y consecuencias de no iniciar o no dar seguimiento al procedimiento iniciado

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No teniendo ninguna duda, manifiesto que sin presión alguna y por mi voluntad por el momento no es mi deseo ser patrocinada por la profesionista en derecho adscrita al refugio, en virtud de que

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

motivos por los cuales, no es necesaria su intervención en este momento, lo anterior, sin perjuicio de que en cualquier otro momento dentro de mi estancia en el refugio, cambie de parecer y le haga del conocimiento al personal del jurídico para el asesoramiento respectivo y posible patrocinio de los mismos.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA, NÚMERO  
DE CÉDULA DE QUIEN ELABORÓ

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA





▪ Evaluación, Diagnostico y Pronostico de la Usuaría

**EVALUACION, DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE LA USUARIA  
SUS HIJAS E HIJOS  
ÁREA JURÍDICA**

Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ASPECTOS DE VALORACIÓN**

➤ **EVENTO**

1. Fecha de ocurrencia: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

2. Tipo de violencia: Física ( ) Sexual ( ) Psicológica ( ) Económica ( )  
Patrimonial ( ) Otra ( ) \_\_\_\_\_

3. Prevalencia: Primera vez ( ) Reincidencia ( )

4. Día de la semana en que ocurrió el evento:

Lunes( ) Martes( ) Miércoles( ) Jueves( ) Viernes( ) Sábado( ) Domingo( )

5. Fue en día festivo: SI ( ) NO ( )

6. Sitio de ocurrencia: Hogar ( ) Escuela ( ) Parque ( ) Transp. Público ( )  
Automóvil particular ( ) Otro: \_\_\_\_\_

7. Narración de los hechos:

8. Consecuencia resultante:

	SI	NO
1. Contusión		
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		

9. Agente de la Lesión

SI	NO





▪ Evaluación, Diagnostico y Pronostico de la Usuaria (continuación)

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		

10. Lugar del cuerpo afectado principalmente:

	SI	NO
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. Área Genital		
10. Múltiple		

11. Gravedad de la lesión:

1. Leve ( )      2. Moderado ( )      3. Grave ( )

**PRONÓSTICO A CORTO PLAZO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PRONÓSTICO A LARGO PLAZO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA PROFESION





▪ Evaluación Final de Servicios

**EVALUACIÓN FINAL DE LOS SERVICIOS JURÍDICOS**

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PERSONA A EVALUAR: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

**1. EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA ABOGADA HA SIDO:**

INDICADOR	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
RESPECTUOSO			
AMABLE			
CERTO			
CONFIDENCIAL			
EMPÁTICO			
A TIEMPO			
PROFESIONAL			

**2. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HA SIDO:**

INDICADOR	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
LA SALUDA			
LA MIRÓ A LOS OJOS			
LE HIZO SENTIR CONFIANZA			
PRIVACIDAD			
LA LLAMÓ POR SU NOMBRE			
EL TRATO EN GENERAL ES RESPECTUOSO Y AMABLE			
LE INFORMAN DE SUS DERECHOS			
LE CONTESTAN SUS DUDAS			

**3. SUGERENCIA PARA MEJORAR EL SERVICIO:**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA





Relación de Servicios Proporcionados a la Usuaría

RELACIÓN DE SERVICIOS E INSUMOS PROPORCIONADOS A LAS USUARIAS, SUS HIJAS E HIJOS

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ÁREA JURÍDICA

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_\_  
TIEMPO DE ESTANCIA: \_\_\_\_\_

SERVICIOS QUE SE BRINDAN A USUARIA:	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
ASESORIA													
SEGUIMIENTO DE PROCEDIMIENTO REPRESENTACIONES													
SESIONES GRUPALES													
TOTAL													

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA





▪ **Formato de Quejas, Sugerencias y Denuncias**

**REFUGIO TEMPORAL PARA MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA, SUS HIJAS E HIJOS**

**FORMATO DE QUEJA, SUGERENCIA O DENUNCIA**

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA QUEJA, SUGERENCIA O DENUNCIA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE Y CARGO O FUNCIÓN DE LA PROFESIONISTA O LAS PROFESIONISTAS INVOLUCRADAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DONDE SE LLEVO A CABO LA ACCIÓN MENCIONADA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESEA REALIZAR ALGUNA OBSERVACIÓN ADICIONAL:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A SU INGRESO SE LE INFORMO SOBRE SU DERECHO PERMANENTE A REALIZAR UNA QUEJA, SUGERENCIA O DENUNCIA DEL SERVICIO QUE SE LE PROPORCIONA Y/O DE LA ATENCIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONSIDERA QUE EXISTE ALGÚN TIPO DE SOLUCIÓN A SU QUEJA, SUGERENCIA O DENUNCIA QUE SE PUEDA REALIZAR DE MANERA INMEDIATA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





▪ **Bitácora de Atención**

<b>Usaria</b>		<b>Edad</b>	
<b>Hija (o)</b>		<b>Edad</b>	
<b>Fecha de ingreso</b>		<b>No. de expediente</b>	

Fecha y hora	Actividad realizada				Observaciones
	Individual	Grupal	Tipo de actividad	Descripción	





- Cédula de Identificación

**CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN JURÍDICA  
PARA USUARIAS HIJAS E HIJOS**

EXPEDIENTE:		FECHA DE INGRESO:	
		FECHA DE EGRESO:	
NOMBRE DE LA VICTIMA:			
EDAD:	SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:	
LUGAR DE NACIMIENTO:		LUGAR DE RESIDENCIA:	
DOMICILIO:			
ESTADO CIVIL:	Soltera	Casada	Viuda
	Divorciada	Unión Libre	Separada
ESCOLARIDAD	Pre escolar	Primaria	Secundaria
	Preparatoria	Carrera Técnica	Licenciatura

Firmas	
Nombre de la Abogada Cédula profesional:	Nombre de la Usuaría





▪ **Cédula de Identificación (continuación)**

	Posgrado	Sabe Leer y Escribir		Otro		
	Curso	Terminado		Trunco		
<b>OCUPACIÓN</b>	Empleada	Desempleada	Hogar		Comerciante	
	Por su cuenta	Obrera	Familiar	Otro		
<b>RELIGIÓN</b>	Católica (creyente)		Cristiana	Evangelista		
	Testigo de Jehová		Ninguna	Otra		
<b>NIVEL ECONÓMICO</b>	Bajo		Medio		Alto	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	0	1	2	3	4	Especificar:

Teléfono: particular ( ) \_\_\_\_\_ celular ( ) \_\_\_\_\_ recados ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Redes sociales: Facebook ( ) Twitter ( ) Instagram ( ) Otro ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha recibido algún tipo de asesoría jurídica? SI ( ) NO ( )

Motivo: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha iniciado alguna Carpeta de Investigación? SI ( ) NO ( )





▪ **Cédula de Identificación (continuación)**

Motivo: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Numero de Carpeta de investigación \_\_\_\_\_

3. ¿Ha iniciado algún juicio en materia familiar y/o civil? SI ( ) NO ( )

Motivo: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_ Estado Procesal: \_\_\_\_\_

4. Nombre de sus hijos (llenar en orden de nacimiento).

1. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

5. En caso de que sus hijos no estén registrados por el padre, ¿Desea iniciar juicio de reconocimiento de paternidad? SI ( ) NO ( )

Motivo: \_\_\_\_\_

6. ¿En caso de separaciones previas, alguna vez ha recibido o recibe pensión alimenticia por parte del padre de sus hijos? SI ( ) NO ( )

Monto: \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE DEL AGRESOR:</b>		
<b>EDAD:</b>	<b>SEXO:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>		<b>LUGAR DE RESIDENCIA:</b>





▪ **Cédula de Identificación (continuación)**

<b>DOMICILIO:</b>						
<b>ESTADO CIVIL:</b>	Soltero		Casado		Viudo	
	Divorciado		Unión Libre		Separado	
<b>ESCOLARIDAD</b>	Pre escolar		Primaria		Secundaria	
	Preparatoria		Carrera Técnica		Licenciatura	
	Posgrado		Sabe Leer y Escribir		Otro	
	Curso		Terminado		Trunco	
<b>OCUPACIÓN</b>	Empleado		Desempleado		Hogar	Comerciante
	Por su cuenta		Obrero		Familiar	Otro ( )
<b>RELIGIÓN</b>	Católica (creyente)		Cristiana		Evangelista	
	Testigo de Jehová		Ninguna		Otra	
<b>NIVEL ECONÓMICO</b>	Bajo		Medio		Alto	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	0	1	2	3	4	Especificar:

Teléfono: particular ( ) celular ( ) recados ( )

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Redes sociales: Facebook ( ) Twitter ( ) Instagram ( ) Otro ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

1. El agresor tiene hijos con relaciones previas o simultaneas a la de la usuaria, indicar nombre de sus hijos (llenar en orden de nacimiento).

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene antecedentes penales? SI ( ) NO ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene padecimientos crónicos de generativos y/o adicciones? SI ( ) NO ( )





▪ **Cédula de Identificación (continuación)**

Especificar: \_\_\_\_\_

4. ¿Desea que se inicie un procedimiento, carpeta de investigación o juicio?

SI ( ) NO ( )

Materia: Familiar ( ) Penal ( ) Civil ( ) Otro ( )

**Especificar:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. **Expectativas del área jurídica:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. **OBSERVACION:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA DE QUIEN ELABORÓ  
NÚMERO DE CÉDULA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA





▪ **Relación de Documentos Personales y/o de Interés**

**RELACIÓN DE DOCUMENTOS PERSONALES Y/O DE INTERÉS DE LA  
USUARIA, SUS HIJAS E HIJOS**

NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**A. DOCUMENTOS CON LOS QUE INGRESA AL REFUGIO:**

DOCUMENTO	SI	NO	DESCRIPCIÓN
1. Credencial de elector			
2. Pasaporte /visa			
3. Licencia para conducir usuaria			
4. Licencia para conducir agresor			
5. Acta de nacimiento de la usuaria			
6. Actas de nacimiento de sus hijas e hijos			
7. Acta de nacimiento del agresor			
8. Acta de matrimonio			
9. CURP usuaria			
10. CURP hijas e hijos			
11. CURP agresor			
12. Comprobante de domicilio			
13. Escrituras / Títulos de propiedad			
14. Facturas de vehículos			
15. Copias de denuncias penales			
16. Copias de demandas familiares o civiles			
17. Pólizas de seguro			
18. Tarjetas de Crédito o Débito			
19. Otros			

**B. DOCUMENTOS PERSONALES QUE SE NECESITAN PARA INICIAR Y/O  
CONTINUAR CON PROCESO LEGAL:**

MATERIA: FAMILIAR ( ) PENAL ( ) CIVIL ( ) OTRA: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO	( X )	DESCRIPCIÓN
1. Credencial de elector		
2. Pasaporte /visa		
3. Licencia para conducir usuaria		
4. Licencia para conducir agresor		
5. Acta de nacimiento de la usuaria		
6. Actas de nacimiento de sus hijas e hijos		
7. Acta de nacimiento del agresor		





▪ **Relación de Documentos Personales y/o de Interés (continuación)**

8. Acta de matrimonio		
9. CURP usuaria		
10. CURP hijas e hijos		
11. CURP agresor		
12. Comprobante de domicilio		
13. Escrituras / Títulos de propiedad		
14. Facturas de vehículos		
15. Copias de denuncias penales		
16. Copias de demandas familiares o civiles		
17. Pólizas de seguro		
18. Tarjetas de Crédito o Débito		
19. Otros		

**NOTA:**

---



---



---



---



\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA DE QUIEN ELABORÓ  
NÚMERO DE CÉDULA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA





## Reglamento de Usuaris

### REGLAMENTO INTERNO DEL REFUGIO DEL CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LAS MUJERES QUE SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA EN LA MODALIDAD FAMILIAR QUE PONGAN EN RIESGO SU VIDA Y LA DE SUS HIJAS E HIJOS.

#### DISPOSICIONES GENERALES

**Artículo 1.-** El presente reglamento es de observancia general para las usuarias del refugio CEDEIM y tiene por objeto establecer las normas que regulen la admisión, permanencia, seguridad y horarios que deberán de cumplir las usuarias residentes del refugio

**Artículo 2.-** Para efectos de este Reglamento se entiende por:

- I. DIF: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.
- II. Autoridad: Las Dependencias a que se refiere el artículo tercero, de este ordenamiento.
- III. Usuaris: Aquella mujer mayor de 18 y menor de 60 años que se encuentra en situación de violencia de alto riesgo y que voluntariamente decide ingresar al refugio;
- IV. Municipio: El municipio de Tlalnepantla de Baz.
- V. CEDEIM: Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres.
- VI. Equipo Multidisciplinario: El que se conforma por la o el titular de la Dirección, abogada, Trabajadora Social, Psicóloga para mujeres, Psicóloga Infantil, Pedagoga, y personal de enfermería
- VII. Personal: Toda persona que preste sus servicios en forma permanente temporal o por horas y que ejecute acciones tendientes a cumplir con las labores del Refugio; y Junta de Gobierno: órgano Superior del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.
- VIII. Refugio: Espacio temporal seguro para las mujeres, sus hijas e hijos que carecen de redes familiares y sociales y que viven en situación de violencia de alto riesgo, en el cual podrán permanecer hasta doce semanas;
- IX. Reglamento: Reglamento Interior del refugio para Mujeres en situación de Violencia de Genero, sus hijas e hijos, del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.

**Artículo 3.** Las o los integrantes del Equipo Multidisciplinario serán los responsables de hacer cumplir el presente reglamento.

**Artículo 4.** La interpretación y aplicación del presente Reglamento corresponde a las autoridades a que se refiere el artículo anterior, dentro del ámbito de su competencia.

#### CAPITULO PRIMERO DE LOS INGRESOS

**Artículo 5.** Para ingresar al Refugio se requiere cumplir con los siguientes requisitos.

- I. Encontrarse en situación de cualquier tipo de violencia, que ponga en peligro la vida de esta o de sus menores hijos.
- II. Ingresar por voluntad propia.
- III. Ser mayor de 18 años y menor de 60 años;





## Reglamento de Usuarías (continuación)

- IV. En caso de ser mujeres menores de edad que hayan vivido en pareja con el agresor, se requerirá solicitud de ingreso con autorización de sus padres o tutores legalmente designados. En ausencia de los anteriores por solicitud o referencia de Titulares de Juzgados dependientes del Poder Judicial o de algunas de las Fiscalías Generales de Justicia, ya sea de las entidades Federativas o de la República.
- V. Cuando las víctimas presenten una problemática severa de enfermedad física, de discapacidad psiquiátrica y/o de adicción, deberán ser canalizadas a las instancias correspondientes (clínicas, hospitales psiquiátricos y centros de desintoxicación, entre otros) como un paso previo a su canalización a un refugio, si ese fuera el caso.
- VI. Solicitar su ingreso al refugio por escrito, previo conocimiento del funcionamiento del refugio a puertas cerradas;
- VII. No contar con antecedentes penales en su contra, por haber cometido delito doloso.
- VIII. No contar consigo con una orden de aprehensión vigente que por este motivo este huyendo de la justicia.

**Artículo 6.** Las Mujeres víctimas de violencia de género mayores de edad, solas, o en compañía de sus hijas e hijos menores de 18 años de edad ingresaran al refugio, previa valoración y referenciación por el Centro o Institución acreditada, se encuentren en situación de riesgo y carezcan de redes de apoyo.

**Artículo 7.** Para el ingreso de la usuaria será necesario que firme el convenio de colaboración, carta de estancia voluntaria, carta compromiso de confidencialidad y demás documentos que la Coordinadora estime pertinente con el objeto de poder contar con los mayores datos de la usuaria.

**Artículo 8.** En el caso de ingreso referenciado por dependencias, este se realizará mediante la canalización por escrito del Instituto Municipal de las Mujeres y Equidad de Género, Centros Especializados para la Atención a la violencia, Instituciones Gubernamentales u Organismos de la Sociedad Civil, a través de oficio y formatos correspondientes a la referencia de la usuaria como candidata a ingresar al refugio.

**Artículo 9.** En el caso de que la usuaria no reúna los requisitos previamente descritos, no podrá ingresar al refugio, sin embargo, se le brindará alternativas de canalización a otras Dependencias e Instituciones.

### CAPÍTULO SEGUNDO DE LA PERMANENCIA DE LAS USUARIAS

**Artículo 10.** La usuaria de nuevo ingreso deberá conocer y firmar el programa de actividades y cumplir con el presente reglamento.

**Artículo 11.** El período de permanencia de la usuaria en situación de violencia será hasta de doce semanas, dependiendo de:

- I. La voluntad de permanencia de la usuaria;
- II. La valoración interdisciplinaria;





▪ **Reglamento de Usuarias (continuación)**

- III. La valoración de sus redes de apoyo familiares y comunitarias, para su inserción social;
- IV. Del diseño y concreción de su proyecto de vida;
- V. Dependiendo de su estado físico y de salud mental; y
- VI. De acuerdo al grado de riesgo se canalizará a otro refugio dentro o fuera del país.

**CAPÍTULO TERCERO  
DE LOS DERECHOS DE LAS USUARIAS**

**Artículo 12.** Las usuarias tendrán los siguientes derechos:

- I. Ser informadas de sus derechos humanos;
- II. Ser informadas de las normas y funciones internas de refugio;
- III. Ser respetadas en sus convicciones cívicas, políticas, morales y religiosas.
- IV. Igualdad de condiciones en todos los servicios que ofrece el refugio independientemente del nivel socioeconómico, religión, raza, escolaridad, edad, preferencia sexual, etnia y/o procedencia, ideología o cualquier otra condición.
- V. A que todo el personal que labora en el refugio, la trate con respeto, calidez y calidad.
- VI. Vivir en un ambiente digno que satisfaga sus necesidades y requerimientos elementales de protección, hospedaje, alimentación, vestido, calzado y salud.
- VII. Contar con los servicios integrales de asesoría jurídica, apoyo psicológico para mujeres y para las hijas e hijos de las usuarias, de trabajo social, enfermería y pedagogía para la atención educativa de las niñas y niños y para la capacitación de usuarias a fin de lograr su integración laboral.
- VIII. Ingresar con los objetos y/o valores personales que el refugio determine, siempre y cuando no afecten la seguridad de las usuarias y del personal que labora.
- IX. En el caso de que dichos objetos atenten contra la integridad física y emocional de las usuarias y del personal en turno, serán resguardados en el área de trabajo social y devueltos al momento de su egreso.
- X. Cuando la usuaria o sus hijas e hijos se encuentren en tratamiento médico respaldado con receta médica, podrán ingresar con los medicamentos los cuales se estarán bajo resguardo del personal del refugio, y serán suministrados por los mismos según la prescripción médica.
- XI. Contar con la atención médica general que brinda el refugio, así como de los medicamentos que brinde la Institución.
- XII. Solicitar su egreso voluntario, cuando así lo requieran, siempre que, previamente, por parte del equipo multidisciplinario y la Directora se le informe de la valoración de la salida y de sus posibles riesgos, dando su salida en un lapso no mayor a quince días, a partir de haber manifestado por escrito su solicitud de egreso.
- XIII. Proteger su intimidad y sus datos de carácter personal, así como la confidencialidad de las actuaciones con la usuaria contenida en su expediente.
- XIV. Contar con el Proyecto de Vida o de Seguridad, diseñado conjuntamente por el Equipo Multidisciplinario del refugio y la misma persona refugiada, para contribuir en el mejoramiento de su condición de vida.

**CAPÍTULO CUARTO  
DE LAS OBLIGACIONES DE LAS USUARIAS.**

**Artículo 13.** Son obligaciones de las usuarias:

- I. Contar y mantener hábitos de aseo e higiene personal, así como de sus hijas e hijos.





▪ **Reglamento de Usuarias (continuación)**

- II. Mantener su dormitorio y baños limpios y ordenados.
- III. Contribuir con el cuidado, limpieza y orden de áreas comunes.
- IV. Cuidar y administrar de manera razonable los insumos que se le provea;
- V. Lavar sus prendas, las de sus hijas e hijos, así como las toallas, sábanas, cobijas, colchas, almohadas que les fueron entregadas al ingresar al refugio.
- VI. Cuidar y procurar a sus hijos e hijas a su cargo, con la mayor diligencia.
- VII. Tratar con respeto a las demás usuarias, personal que presta sus servicios en el refugio y visitantes.
- VIII. Guardar la confidencialidad de la ubicación e información del Refugio, conforme a la carta de confidencialidad firmada al ingreso;
- IX. Acatar y respetar las indicaciones del personal de refugio.
- X. Hacer uso adecuado de las instalaciones, mobiliario y equipo.
- XI. Responsabilizarse de sus procesos de atención con el apoyo del equipo multidisciplinario.
- XII. Respetar las medidas de seguridad;
- XIII. Respetar los horarios establecidos en el comedor, consumiendo los alimentos dentro del mismo, el desayuno a las 8:00 a 9:00 horas, comida a las 14:00 a 15:00 horas, cena 20:00 a 21:00 horas y respectiva colocación (2).
- XIV. Respetar el horario de servicio de dormitorio, las luces serán apagadas a las 21:30 horas de la noche y se prenderán a las 6:00 de la mañana.
- XV. Respetar y participar las usuarias, en su caso sus hijos e hijas en las actividades asignadas por las especialistas, en los horarios establecidos.
- XVI. Mostrar en todo momento cooperación con el equipo multidisciplinario con el objeto de proporcionar la mayor cantidad de información posible, no omitiendo información alguna que entorpezca su reingreso a la sociedad.
- XVII. Participar en el cumplimiento del Reglamento.

**CAPÍTULO QUINTO  
DE LAS PROHIBICIONES**

**Artículo 14.** Queda prohibido a las usuarias:

- I. Ingerir bebidas embriagantes o hacer uso de estupefacientes dentro del refugio;
- II. Consumir tabaco y/o algún tipo de droga dentro y fuera de las instalaciones del refugio;
- III. Sustraer comida, objetos, artículos y demás mobiliario propiedad del refugio;
- IV. Refilir con las demás usuarias o con el personal del refugio;
- V. Manifestarse con palabras altisonantes y obscenas, así como levantar la voz, para con las mismas usuarias y con el personal.
- VI. Preparar y consumir alimentos en sus habitaciones, excepto en aquellos casos que por el mismo estado de salud de la usuaria sus hijas e hijos tengan que consumir dentro de los mismos.
- VII. Introducir aparatos de telefonía celular, de comunicación y electrónicos (IPOD, SPS, GPS, juguetes entre otros).
- VIII. Introducir objetos y/o animales dentro del refugio.
- IX. Tener una relación que no sea meramente de trabajo con el personal interdisciplinario del refugio.
- X. Utilizar los medios de comunicación del personal del refugio para hablar con el agresor y/o otra persona cuya finalidad sea la de describir el lugar donde se encuentra.
- XI. Queda estrictamente prohibido ingresar a la azotea y/o balcón por parte de la usuaria, así como sus menores hijos e hijas;
- XII. Queda prohibido decir mentiras por parte de las usuarias al personal interdisciplinario a fin de entorpecer o desviar las terapias y/o procedimientos legales.





▪ **Reglamento de Usuarías (continuación)**

- XIII. Realizar todo tipo de acciones encaminadas a violentar o lastimar a alguna de las usuarias creando consigo conflictos entre usuarias o con el personal del refugio.
- XIV. Queda estrictamente prohibido realizar actos de violencia en cualquiera de sus tipos, hacia sus hijos e hijas.
- XV. Queda prohibido descuidar en su persona, alimentación y sus diversas actividades por parte de las usuarias a sus hijas e hijos.

**CAPÍTULO SEXTO  
DE LAS MEDIDAS DISCIPLINARIAS**

**Artículo 15.** Las usuarias que no observen las disposiciones del presente reglamento serán sujetas a las siguientes sanciones:

**I. Llamada de atención cuando:**

- I. La usuaria descuide su aseo personal de sus hijas e hijos, así como de los espacios asignados para su permanencia
- II. La usuaria no respete los horarios y lugares del consumo de los alimentos y descanso.
- III. Cuando muestre conductas inapropiadas que atente contra la buena convivencia entre sus hijas e hijos con sus compañeras y con el personal del refugio; y
- IV. Cuando no participe en las distintas actividades planeadas por el personal del refugio.

**II) Restricción de espacios y actividades de esparcimiento y recreación cuando:**

- I. Cuando la usuaria reincida en algunos de los supuestos de los incisos a), b), c) y d) de la fracción anterior.

**III) El egreso necesario de la usuaria cuando:**

- I. Sustraiga algún objeto artículo o mobiliario propiedad del refugio, de las demás usuarias o del personal que labora en el mismo.
- II. Cause daño intencional irreversible al mobiliario y equipo propiedad del refugio;
- III. Introduzca y consuma bebidas embriagantes, estupefacientes, tabaco y medicamentos restringidos;
- IV. Introduzca armas, objetos contundentes, punzo cortantes y telefonía celular.
- V. Altere el orden y seguridad del refugio atentando contra la integridad de las usuarias y del personal que labora;
- VI. Cuando proporcione datos falsos sobre su identidad mediante documentos e información emitida por la misma;
- VII. Cuando la usuaria de manera reiterada no acate las indicaciones del personal del refugio y las disposiciones del presente reglamento.
- VIII. Cualquier otra que ponga el riesgo a la población del Refugio.

**CAPÍTULO SÉPTIMO  
DE LA ADMINISTRACIÓN**

**Artículo 16.** El refugio, estará a cargo de una Directora encargada de hacer cumplir los fines de la Institución quien contará con personal de trabajo social, psicología, legal, enfermería, pedagogía y administrativo. Las funciones que realiza el personal de la Institución se describe en el Manual de Procedimientos específico del refugio.





## Reglamento de Usuaris (continuación)

**Artículo 17.** Para el debido funcionamiento del refugio estará bajo la supervisión y vigilancia de la Dirección del CEDEIM, del o la Directora General del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

### CAPÍTULO OCTAVO DE LA VIGILANCIA

**Artículo 18.** El servicio de vigilancia estará a cargo de la Comisaria de Seguridad Pública Municipal y Tránsito, quien trabajará en conjunto con la Directora del refugio para su control y tendrá a su cargo salvaguardar la seguridad de las usuarias sus hijas e hijos, personal y bienes del refugio. El servicio de vigilancia será proporcionando las 24 horas del día durante los 365 días.

### ARTÍCULOS TRANSITORIOS

**ARTÍCULO PRIMERO.** - El presente Reglamento entrará en vigor de forma inmediata a la firma que corrobore el conocimiento del contenido por la usuaria.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** - Todas las modificaciones, adiciones, derogaciones y abrogaciones serán autorizadas por las integrantes del Equipo Multidisciplinario del Refugio-CEDEIM.

**ARTÍCULO TERCERO.** - Para los asuntos de carácter civil, penal y administrativo que surjan con la aplicación del presente Reglamento se estará a lo dispuesto por las leyes de la materia.

POR LO QUE UNA VEZ LEÍDO Y ENTENDIDO LO ANTERIOR, ME COMPROMETO A CUMPLIR CON TODOS Y CADA UNO DE LOS PUNTOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE REGLAMENTO QUEDANDO SABEDORA DE LAS CONSECUENCIAS A LAS CUALES ME PUEDO HACER ACREEDORA POR EL INCUMPLIMIENTO AL MISMO, EN FECHA \_\_\_\_\_ DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_, FIRMANDO AL CALCE Y AL MARGEN PARA SU DEBIDA CONSTANCIA LEGAL.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA PROFESIONISTA  
QUE HACE DE CONOCIMIENTO LA INFORMACIÓN





## PEDAGOGA (O)

- Cédula de Identificación

### CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN PARA USUARIAS ÁREA DE PEDAGOGÍA

No. de Expediente	
Nombre	
Edad	
Sexo	
Fecha de Nacimiento	
Lugar de Nacimiento	
Domicilio	
Escolaridad	
Estado Civil	
Enfermedades	
Alergias	
Número de hijas (os)	

### DATOS DE LAS HIJAS E HIJOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado de salud: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado de salud: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_





▪ **Cédula de Identificación (continuación)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado de salud: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado de salud: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado de salud: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Motivo de Ingreso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lic.  
Céd. Prof.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Usuario





Entrevista Inicial

ENTREVISTA INICIAL  
ÁREA DE PEDAGOGÍA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

❖ DESARROLLO DEL PRE-PERI Y POST NATAL

Embarazo planeado: SI ( ) NO ( )  
Embarazo deseado: SI ( ) NO ( )  
Fue del sexo deseado: SI ( ) NO ( )

Salud de la madre durante el embarazo:  
BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( ) NEGADO ( )  
Le hicieron rayos x: SI ( ) NO ( )

Amenaza de aborto: SI ( ) NO ( )  
Duración de embarazo: \_\_\_\_\_

❖ PARTO

Dónde fue atendido el parto: \_\_\_\_\_  
Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_  
Dificultad que haya tenido la madre durante el mismo: \_\_\_\_\_  
Parto:  
a. Normal  
b. Cesárea  
c. Inducido

d. Fértil  
e. Anestesiado  
f. Presentación del producto: Cabeza ( ) Pelvico ( ) Transversal ( )  
Estado del Nacido:  
BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( ) NEGADO ( )  
Peso: \_\_\_\_\_  
Estatura: \_\_\_\_\_

Respiración: Buena ( ) Aflojada ( )  
Convulsiones ( )  
Lloró: SI ( ) NO ( )  
Incubadora: SI ( ) NO ( )  
¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Lesiones, defectos, deformaciones en el bebé: SI ( ) NO ( )

❖ SUEÑO

Hora de dormir: \_\_\_\_\_  
Hora de Levantarse: \_\_\_\_\_  
Siestas: SI ( ) NO ( ) ¿Cuántas? \_\_\_\_\_  
Concilia solo el sueño: SI ( ) NO ( )

Duerme solo: SI ( ) NO ( )  
Con quién duerme: \_\_\_\_\_  
Miedo al dormir: SI ( ) NO ( )  
Los padres duermen juntos: SI ( ) NO ( )

Se levanta constantemente: SI ( ) NO ( )  
Motivo: \_\_\_\_\_

❖ LENGUAJE

Edad de Balbuceo: \_\_\_\_\_  
Pronunciar frases y oraciones: \_\_\_\_\_

Edad pronunciar primeras palabras: \_\_\_\_\_

Problema: Lenguaje ( ) Auditivo ( ) Visual ( ) otro ( )  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

❖ ALIMENTACIÓN

Leche materna: SI ( ) NO ( )  
Causas: \_\_\_\_\_  
Consumo Actual: SI ( ) NO ( )  
Causas: \_\_\_\_\_  
Otro tipo de leche: \_\_\_\_\_  
Edad de destete: \_\_\_\_\_  
Alimentación actual: \_\_\_\_\_

Prepara alimentos: SI ( ) NO ( )  
Supervisa Comidas: SI ( ) NO ( )  
Variedad en Alimentos: SI ( ) NO ( )  
Alimentos Mayor Consumo: \_\_\_\_\_  
Alimentos Menor Consumo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Entrevista Inicial (continuación)

DESARROLLO MOTOR

A qué edad logro:  
Sostener la cabeza: \_\_\_\_\_  
Sentarse: \_\_\_\_\_  
Gatear: \_\_\_\_\_

Caminar: \_\_\_\_\_  
Correr: \_\_\_\_\_  
Es: Zurco ( ) Destro ( ) Ambidestro ( )

Dificultad Motriz: SI ( ) NO ( )  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

MANERISMOS

Muerde uñas: SI ( ) NO ( )  
Balancea: SI ( ) NO ( )  
Jala el cabello: SI ( ) NO ( )

Golpea la cabeza: SI ( ) NO ( )  
Rechina los dientes: SI ( ) NO ( )  
Chupa el dedo: SI ( ) NO ( )

Gestos o Muecas: SI ( ) NO ( )  
Otros: \_\_\_\_\_

AUTONOMÍA PERSONAL

Se baña sola (o): SI ( ) NO ( )  
Come sola (o): SI ( ) NO ( )  
Sale a la calle: SI ( ) NO ( )  
Tiende su cama: SI ( ) NO ( )  
Se viste sola (o): SI ( ) NO ( )  
Se lava las manos sola (o): SI ( ) NO ( )

Va a la tienda: SI ( ) NO ( )  
Amarra sus zapatos: SI ( ) NO ( )  
Se desviste sola (o): SI ( ) NO ( )  
Se peina sola (o): SI ( ) NO ( )  
Lava sus dientes sola (o): SI ( ) NO ( )  
Colabora con tareas domésticas SI ( ) NO ( )

Existe alguna característica de su hija (o)  
que no le agrada: SI ( ) NO ( )  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

SOCIALIZACIÓN

Actividades recreativas: SI ( ) NO ( )  
Con quién juega: Solo (o) ( ) Con el padre ( ) Con la madre ( ) Hermanos  
( ) Amigos ( ) Otros: \_\_\_\_\_  
Edades: \_\_\_\_\_

A qué, con qué y dónde juega: \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona cuando pierde? \_\_\_\_\_  
Deporte: SI ( ) NO ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

ÁREA EMOCIONAL

Cómo expresa el niño/a sus sentimientos:  
¿Qué lo hace enojar? \_\_\_\_\_

¿Cómo expresa su enojo? \_\_\_\_\_  
Hace berrinches: SI ( ) NO ( )

¿Cómo los manifiesta? \_\_\_\_\_  
¿Cómo reacciona a usted? \_\_\_\_\_  
Es un niño/a difícil de controlar: SI ( ) NO ( )

ESTADO DE SALUD

¿Cuándo se realizó el último examen  
médico? \_\_\_\_\_  
Padece alguna enfermedad frecuente:  
SI ( ) NO ( )  
Enfermedades que ha padecido: \_\_\_\_\_

Presenta alergias: SI ( ) NO ( ) MALO ( ) NEGADO ( )  
Actualmente toma medicamentos:  
SI ( ) NO ( ) MALO ( ) NEGADO ( )  
Ha presentado algún retroceso en su  
desarrollo: SI ( ) NO ( ) MALO ( ) NEGADO ( )  
Alguna vez se ha accidentado: SI ( ) NO ( )  
MALO ( ) NEGADO ( )

Golpes en la cabeza: SI ( ) NO ( ) MALO ( ) NEGADO ( )  
Pérdida de conocimiento:  
vómito: SI ( ) NO ( ) MALO ( ) NEGADO ( )  
Crisis convulsiva: SI ( ) NO ( ) MALO ( ) NEGADO ( )





- **Entrevista Inicial (continuación)**

\_\_\_\_\_  
Lic.  
Céd. Prof.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Usuaría



▪ **Necesidades de Educación y Capacitación**

**NECESIDADES DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA EL EMPLEO  
ÁREA DE PEDAGOGÍA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

CAPACIDADES	SI	NO	OBSERVACIONES	NECESIDADES BÁSICAS
HABILIDADES EDUCATIVAS				
¿USTED HA SOLVENTADO SUS GASTOS HASTA ESTE MOMENTO?				
¿CUENTA CON EXPERIENCIA LABORAL?				
¿LE GUSTARÍA APRENDER ALGUNA CAPACITACIÓN PARA EL EMPLEO?				

270

\_\_\_\_\_  
Lic.  
Céd. Prof.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Usuario





▪ Proyecto de Capacitación para el Empleo

**PROYECTO DE CAPACITACIÓN PARA EL EMPLEO  
ÁREA DE PEDAGOGÍA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVAS DE CAPACITACION	OBJETIVO	LE INTERESA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
Cursos en línea. Capacitate para el empleo.	Que las usuarias adquieran conocimientos sobre el manejo de aplicaciones y herramientas digitales. Realizando diversos cursos en la plataforma Capacitate para el Empleo de Fundación Carlos Slim y así tener un mejor acceso a la inserción laboral.			
Curso Corto y Confección	Formar a las usuarias con las herramientas, habilidades, destrezas y aptitudes requeridas para desarrollar proyectos en confeccionar prendas.			
Curso Lashita y Aplicación de uñas	El curso de extensión de pestañas permitirá a las participantes conocer las técnicas y el manejo de las herramientas para lograr una aplicación de extensión de pestañas.  El curso de uñas acrílicas permitirá a las participantes conocer la teoría y práctica para realizar una correcta aplicación de uñas.			

\_\_\_\_\_  
Lic.  
Céd. Prof.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Usuario



▪ Proyecto de Capacitación para Educación de Usuarias

PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA USUARIA  
ÁREA DE PEDAGOGÍA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVAS DE EDUCACIÓN	LE INTERESA		PROGRAMA DE EDUCACIÓN
	SI	NO	
ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS			
¿CUENTA CON BOLETA Y/O CERTIFICADO DE ESTUDIOS?			
REVALIDACIÓN O CONTINUIDAD DE ESTUDIOS			
EDUCACIÓN ABIERTA, INEA Y/O EN LÍNEA.			
CURSOS EN LÍNEA			
<b>REDES O INSTITUCIONES QUE APOYAN EL EMPLEO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
¿CUENTA CON ALGUNA RED DE APOYO PARA LA OBTENCIÓN DE INGRESOS?			
¿LE INTERESARÍA TRABAJAR EN ALGUNA INSTITUCIÓN O PARTICIPAR EN UNA BOLSA DE TRABAJO?			
¿SE APOYARÍA DE ALGUNA USUARIA PARA EMPRENDER UN NEGOCIO?			

Lic.  
Céd. Prof.

Nombre y firma de la Usuaria





▪ **Plan de Intervención**

**PLAN DE INTERVENCIÓN  
PEDAGOGÍA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ACCION	IMPLEMENTACION SI NO
BIENVENIDA	
ENTREVISTA INICIAL	
SE IDENTIFICAN NECESIDADES BASICAS DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA EL EMPLEO	
SE INFORMA SOBRE ALTERNATIVAS DE EDUCACION Y CAPACITACIÓN PARA EL EMPLEO	
APERTURA DE EXPEDIENTE EN PEDAGOGIA	
ELABORACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	
EDUCACIÓN ESCOLARIZADA	
GESTIONA REVALIDACION O CONTINUIDAD DE ESTUDIOS	
CAPACITACIÓN PARA EL EMPLEO	
INFORMA SOBRE REDES INSTITUCIONES QUE APOYAN EN MATERIA PRODUCTIVA Y DE EMPLEO	
REDES DE APOYO ENTRE LAS USARIAS PARA LA OBTENCIÓN DE INGRESOS	
COLABORACIÓN CON OTRAS AREAS	
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCION DEL CASO	
CIERRA EL EXPEDIENTE DEL ÁREA DE EDUCACIÓN	
REFIERE A BOLSA DE TRABAJO	
EGRESO	

\_\_\_\_\_  
Lic.  
Céd. Prof.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la Usuaría





▪ **Colaboración con Otras Áreas de Atención**

**COLABORACIÓN CON OTRAS ÁREAS DE ATENCIÓN  
ÁREA DE PEDAGOGÍA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ÁREA	CONTRIBUCIÓN	REALIZA SI/NO
TRABAJO SOCIAL	Realiza entrevista inicial Hace valoración de las necesidades Informa sobre operación del refugio Identifica redes de apoyo Adjunta el expediente integral Realiza gestión labora y escolar	
ENFERMERÍA	Recibe a la víctima Elabora historia clínica y su diagnostico Detecta los tipos de violencia Valora las necesidades Atención medica especializa Promoción de la salud	
PSICOLOGÍA	Recibe a la víctima Intervención en crisis Valoración psicológica Elaboración de técnicas terapéuticas Psicología infantil: valoración psicológica de niñas, niños y adolescentes, Plan de intervención grupal, familiar e individual	
JURÍDICO	Informa a la víctima sobres sus derechos Explora si existe algún proceso judicial Representa y acompaña a la víctima en el proceso iniciado seguimientos	

\_\_\_\_\_  
Lic.  
Céd. Prof.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Usuario





▪ **Cédula de Identificación para Niñas, Niños y Adolescentes**

**CEDULA DE IDENTIFICACIÓN PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES  
ÁREA DE PEDAGOGÍA**

No. de Expediente	
Nombre	
Edad	
Sexo	
Fecha de Nacimiento	
Lugar de Nacimiento	
Escolaridad	
Domicilio	
Enfermedades o alergias	

**ESFERA FAMILIAR**

**MADRE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Horario de Trabajo: \_\_\_\_\_

Enfermedades o alergias: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Que actividades realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





▪ **Cédula de Identificación para Niñas, Niños y Adolescentes (continuación)**

**PADRE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Horario de Trabajo: \_\_\_\_\_

Enfermedades o alergias: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Que actividades realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LAS HERMANAS Y/O LOS HERMANOS**

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lic.  
Céd. Prof.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la Usuariá





▪ **Necesidades de Educación para Niñas, Niños y Adolescentes**

**NECESIDADES DE EDUCACIÓN PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES  
ÁREA DE PEDAGOGÍA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

HABILIDADES ESCOLARES	SI	NO	NECESIDADES
¿Asistió a la guardería?			
¿Asistió al jardín de niños?			
¿Curso la primaria?			
¿Curso la secundaria?			
¿Sabe leer y escribir?			
¿Conoce los números?			
¿Resuelve operaciones matemáticas?			
¿Socializa con las demás personas?			
¿Repitó algún grado escolar?			
¿Asistió a alguna otra institución o recibió clases particulares?			
¿Tiene dificultades actualmente en la escuela?			

\_\_\_\_\_  
Lic.  
Céd. Prof.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Usuario





▪ Proyecto de Educación para Niñas, Niños y Adolescentes

PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES  
ÁREA DE PEDAGOGÍA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVAS DE EDUCACIÓN	LE INTERESA		PROGRAMA DE ESTUDIO
	SI	NO	
ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS			
¿CUENTA CON BOLETA Y/O CERTIFICADO DE ESTUDIOS?			
REVAUDACIÓN O CONTINUIDAD DE ESTUDIOS			
<b>COMPETENCIAS A DESARROLLAR</b>			
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN			
PENSAMIENTO MATEMÁTICO			
DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL			
EXPLORACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL MUNDO			
EXPRESIÓN Y APRECIACIÓN ARTÍSTICA			
DESARROLLO FÍSICO Y SALUD			

Lic.  
Céd. Prof.

Nombre y Firma de la Usuaría





▪ Evaluación Diagnostica y Pronostica de Usuaris

**ÁREA DE PEDAGOGÍA**  
**EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LA USUARIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pronóstico**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lic.  
Céd. Prof.





▪ Evaluación Diagnostica y Pronostica de Niñas, Niños y Adolescentes

**ÁREA DE PEDAGOGÍA**  
**EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE HIJAS, HIJOS Y**  
**ADOLESCENTES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Contacto Inicial:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área del Lenguaje:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área Cognoscitiva:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área Social:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área Motriz:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Licda.  
Céd. Prof.





Relación de Servicios e Insumos proporcionados

ÁREA DE PEDAGOGÍA

RELACIÓN DE SERVICIOS E INSUMOS PROPORCIONADOS A LAS USUARIAS  
SUS HIJAS E HIJOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE	
FECHA DE INGRESO	
FECHA DE EGRESO	
ESTANCIA	

SERVICIOS	CANTIDAD
APLICACIÓN DE ENTREVISTA INICIAL	
DIAGNOSTICO	
PROCESO EVOLUTIVO	
CAPACITACIÓN PARA EL EMPLEO	
ACTIVIDAD GRUPAL PARA USUARIAS	
SESIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES PARA HIJAS E HIJOS	
SESIONES EDUCATIVAS GRUPALES PARA HIJAS E HIJOS	
PLÁTICAS	
SEGUIMIENTO CASOS ESPECIALES	
TOTAL	

Lic.  
Céd. Prof.

Nombre y Firma de la Usuaría





▪ Evaluación Final de Servicios

**ÁREA DE PEDAGOGÍA**  
**EVALUACIÓN FINAL DE LOS SERVICIOS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

1.- ¿SU NIVEL DE SATISFACCIÓN RESPECTO A LA CALIDAD DEL SERVICIO QUE SE BRINDO ES?

BUENO                      REGULAR                      MALO

2.- ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTA CON LA AYUDA QUE SE LE DIO?

MUCHO                      REGULAR                      POCO                      NADA

3.- ¿LOS SERVICIOS QUE HA RECIBIDO LE HAN AYUDADO A ADQUIRIR NUEVAS HABILIDADES?

MUCHO                      REGULAR                      POCO                      NADA

4.- ¿DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN ¿SE SINTIÓ COMPRENDIDA, PROTEGIDA Y SEGURA?

MUCHO                      REGULAR                      POCO                      NADA

5.- ¿CÓMO CONSIDERA LAS ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS REALIZADAS?

BUENO                      REGULAR                      MALO

**EVALUACIÓN DE CALIDEZ DE PEDAGOGÍA POR LA USUARIA**

LA PEDAGOGA	SI	NO
FUE CÁLIDA EN SU TRABAJO		
LA SALUDABA Y LE SONREÍA		
SE DIRIGÍA A USTED CON RESPETO		
SE DIRIGÍA A USTED POR SU NOMBRE		
LE EXPLICABA LAS ATENCIONES QUE LE IBAN A DAR		
LE OFRECIÓ CONDICIONES DE PRIVACIDAD		
LE BRINDO HERRAMIENTAS PARA HACER FRENTE A SU PROBLEMÁTICA		

\_\_\_\_\_  
Lic.  
Céd. Prof.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Usuarria





- Bitácora de Seguimiento

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO DE PEDAGOGÍA  
(NOTA DE EVOLUCIÓN)

Nombre de Usuario:

Expediente:

Fecha de Ingreso:

Fecha	Tipo de actividad	Acción / Actividad	Observaciones

Firma de Usuario \_\_\_\_\_

Profesionista:





▪ Bitácora de Seguimiento (continuación)

BITÁCORA DE SEGUIMIENTO DE PEDAGOGÍA  
(NOTA DE EVOLUCIÓN)

Nombre de Infante:

Expediente:

Fecha de Ingreso:

Fecha	Tipo de actividad	Acción / Actividad	Observaciones

Profesionista:

Firma de Usuario

\_\_\_\_\_

284



## ENFERMERÍA

### ▪ Historia Clínica de Usuaris

#### AREA DE ENFERMERIA

#### HISTORIA CLINICA USUARIA

##### 1. - DATOS PERSONALES

Nombre/s \_\_\_\_\_

Apellido/s \_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MM AA

Edad: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de ingreso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_  
DD MM AA

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_

Expediente No. \_\_\_\_\_





▪ **Historia Clínica de Usuaris (continuación)**

**2. - INFORMACION GENERAL DE SALUD**

Antecedentes personales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes hereditarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes patológicos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de salud actualmente? si \_\_ no \_\_

En caso afirmativo, ¿cuál (es)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Presenta pediculosis? Si \_\_ No \_\_

Si la respuesta es sí ha tenido un tratamiento, ¿cuál?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es alérgica a algo? En caso afirmativo, ¿a qué?





▪ **Historia Clínica de Usuarías (continuación)**

\_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento, hierbas o remedios?

\_\_\_\_\_

**HISTORIA DE VACUNACION**

¿Está usted vacunada contra...

... el tétanos? Sí  No  No sabe  fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MM AA

... Hepatitis B? Si  No  No sabe  fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MM AA

...Covid -19? Si  No  No sabe  fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MM AA

¿Cuántas dosis se ha aplicado?

1 \_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_

¿Se ha realizado la prueba covid-19?

Si  No  ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

VIH/sida

¿Se ha hecho la prueba VIH? SI  NO  FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MM AA





▪ **Historia Clínica de Usuarías (continuación)**

En caso afirmativo, ¿puedo saber cuál fue el resultado?

Negativo \_\_\_\_

Positivo \_\_\_\_

No desea comunicarlo \_\_\_\_

**3. - EXPLORACION FISICA COMPLETA DE CABEZA A PIES**

Peso \_\_\_\_ Talla \_\_\_\_ T/A \_\_\_\_

FC \_\_\_\_ FR \_\_\_\_ T° \_\_\_\_

Glucemia Capilar \_\_\_\_

**4.-HALLAZGOS FISICOS**

Ubicación de todas las heridas, hematomas, Petequias, micosis, resequead, cicatrices o (signos de hemorragias subcutáneas y marcas)

288

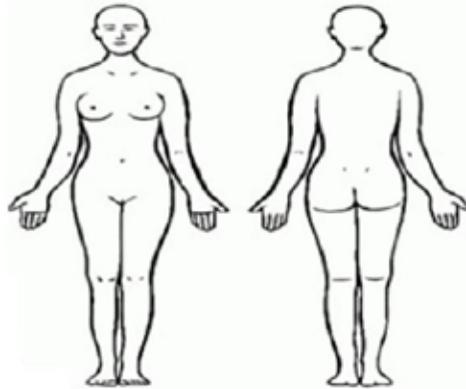


<b>Cabeza y cara</b>	<b>Boca y nariz</b>
<b>Ojos, orejas y oídos</b>	<b>Cuello</b>
<b>Tórax</b>	<b>Espalda</b>
<b>Abdomen</b>	<b>Nalgas</b>
<b>Brazos, manos, dedos y uñas</b>	<b>Piernas, pies, dedos y uñas</b>





▪ **Historia Clínica de Usuarias (continuación)**



**5. - HISTORIA GINECOLÓGICA**

MENARCA	F.U.M
GESTAS	PARTOS
CESAREAS	ABORTOS
I.V.S	No. PAREJAS SEXUALES
FECHA ULTIMO PAP	METODO PF

¿CREE USTED QUE PUEDA ESTAR EMBARAZADA? Sí\_\_\_ No\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO, DE CUANTO TIEMPO: \_\_\_\_\_ SEMANAS

¿ENFERMEDADES GINECOLOGICAS DE IMPORTANCIA? SI\_\_\_NO\_\_\_

¿CUAL? \_\_\_\_\_

¿TUVO O TIENE ALGÚN TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_

¿CUAL? \_\_\_\_\_

¿UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?





▪ **Historia Clínica de Usuarías (continuación)**

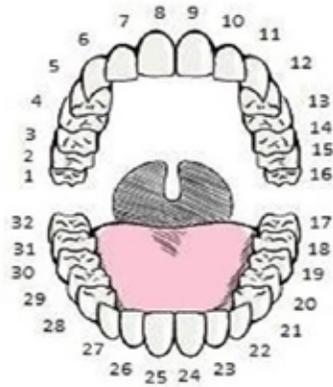
DIU \_\_\_\_\_ OTB \_\_\_\_\_

PILDORA \_\_\_\_\_ INYECCIONES \_\_\_\_\_

PRESERVATIVOS \_\_\_\_\_ IMPLANTE \_\_\_\_\_ PARCHES \_\_\_\_\_

**6. - SALUD DENTAL**

**Dentición permanente**



¿TUVO O TIENE ALGÚN TRATAMIENTO DENTAL? SI NO

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ENFERMERA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
CÉD. PROF.





▪ **Cédula de Identificación de Usuaris**

**ÁREA DE ENFERMERÍA**

**CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE USUARIA**

Nombre		Fecha de ingreso	
Edad		Sexo	
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento			
Escolaridad			
No. De hijos	Femenino	Masculino	
Alergias			
Tipo de sangre			
Enfermedad actual			
Diagnóstico			
Medicamentos que toma			

\_\_\_\_\_  
ENFERMERA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
CÉD. PROF.





- Cédula de Identificación de Usuaris (continuación)

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

**NO.**         **EXPEDIENTE**         \_\_\_\_\_         **EDAD**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### PRONÓSTICO DE ENFERMERÍA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ENFERMERA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

CÉD. PROF.



▪ **Cédula de Identificación de Niñas, Niños y Adolescentes**

**ÁREA DE ENFERMERÍA**

**CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DEL (LA)  
NIÑO (A)**

Nombre		Fecha
Edad		Sexo
Fecha de nacimiento		
Lugar de nacimiento		
Escolaridad		
Fecha de ingreso		
Lugar que ocupa entre sus hermanos		
Alergias		
Tipo de sangre		
Enfermedad actual		
Diagnóstico		
Medicamentos que toma		

\_\_\_\_\_  
ENFERMERA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
CÉD. PROF.





Plan de Trabajo

ÁREA DE ENFERMERÍA

PLAN DE TRABAJO

Nombre de la usuaria \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Nombre de sus hijos \_\_\_\_\_

Acción a realizar	Realizado si/no
<b>Entrevista inicial</b> Se realiza a partir del ingreso, con el objetivo de conocer la situación física y social de la usuaria, sus hijas e hijos	
<b>Historia Clínica</b> Se realiza para conocer el estado de salud e identificar necesidades de atención de la usuaria, sus hijas e hijos	
<b>Toma de signos vitales</b> Permite identificar en el momento alguna alteración de los parámetros normales dentro de los 4 procesos fisiológicos que alertan sobre una posible enfermedad	
<b>Tratamiento y seguimiento de la enfermedad</b> Se realiza llevando en tiempo y forma procedimientos específicos, vigilancia estrecha y reporte de eventualidades	
<b>Administración de medicamentos</b> A partir de la receta médica se asignan horarios y días para procedimientos y ministración de medicamentos hasta su recuperación	
<b>Promoción de la salud</b> Mediante pláticas de interés para la usuaria con temas relacionados con la salud en todos sus aspectos, se crea conciencia para la prevención de padecimientos que pueden ser evitados mediante técnicas de protección, así como hacer de su conocimiento sintomatología relacionada con padecimientos comunes	
<b>Activación física</b> El ejercicio mantiene una buena condición física ya que contribuye a mantener un peso saludable y un funcionamiento óptimo en los diferentes sistemas como el Sistema Respiratorio, cardiovascular y digestivo, fortaleciendo con ello la salud.	
<b>Egreso de la usuaria, sus hijas e hijos</b> El objetivo es informar estado de salud y tratamientos con que egresan con la finalidad de dar seguimiento hasta la recuperación total	

\_\_\_\_\_ ENFERMERA

\_\_\_\_\_ FIRMA

\_\_\_\_\_ CÉD. PROF.





▪ **Historia Clínica Pediátrica**

**HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Informante \_\_\_\_\_

Parentesco) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Madre vive:	Si	No	Edad:	Años	Escolaridad:		
Ocupación:			Gesta:	Parto:	Abortos:	Cesáreas:	Si No
Padre vive:	Si	No	Edad:	Escolaridad:	Ocupación:		
Hermanos:			Edades:		Lugar que ocupa entre los hermanos		
Padecimientos heredo-familiares: (marque con una x los positivos)							
Diabéticos:		Cardiópatas:		Neurológicos:		Alérgicos:	
Hipertensión		Hematológicos:		Malf. Congénitas:		Oncológicos:	
Otros (especificar)							

**PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

**HABITACIÓN**

Agua intradomiciliaria:	Si	No	Baño familiar:	Comunal:
Convivencia con animales:	Si	No	Cual (es):	
Piso de la casa:	Tierra	Cemento	Recubrimiento (tipo)	
Número de cuartos en la casa			Número de personas que duermen en la casa	
(excluir cocina y baño):			(incluir a todo los niños)	

**HIGIENE**

Frecuencia de baño: \_\_\_\_\_  
Cambio de ropa: \_\_\_\_\_

Actividad física: \_\_\_\_\_  
Tipo de actividad: \_\_\_\_\_





▪ **Historia Clínica Pediátrica (continuación)**

**ALIMENTACIÓN**

Pecho materno:	Si	No	Duración:	Meses.	Ablactación:	Meses	Destete:	Meses.
Alimentación actual (no. De días semana)			Carne:		Leche:		Huevo:	Frutas:
Leguminosas:		Cereales:		Verduras:		Otros:		

**ANTECEDENTES PERSONALES  
PERINATALES**

Embarazo	No.:	normo evolutivo	Si	No	Causa:
Gestación:	Semanas.	Parto eutócico:	Si	No	
Peso:	Talla:	Información adicional:			

**DESARROLLO PSICOMOTOR (PRECISAR LA EDAD EN MESES)**

Seguía objetos:	Sonrió:	Sostuvo la cabeza:	Se sentó:	Caminó:		
Control de esfínteres:	Vesical:	Anal:	Escolaridad actual			

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Peso_____	Talla_____	FR_____	FC_____	Temperatura_____
Inspección general				
Piel				
Cabello				
Uñas				
Brazos y manos				
Piernas y pies				

**DENTICION**

Inicio de dentición: \_\_\_\_\_  
 Caries actual: \_\_\_\_\_  
 Tx de ortodoncia: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia cepillado dental: \_\_\_\_\_





▪ Historia Clínica Pediátrica (continuación)

**DATOS DE VACUNACIÓN**

VACUNA	ENFERMEDADES QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD DE VACUNACION OPORTUNA	FECHA DE APLICACION
BCG	Tuberculosis	UNICA	Al nacer	
HEPATITIS B	Meríngea y sifilis Hepatitis B	UNICA	Al nacer	
HEXAVALENTE DPAT+VP1+ HIB+HEPB	Difteria, tétanos, Poliovirus, Hepatitis B y Enfermedades graves por Hemorragias Influenza (a+b), Como neumonía Y meningitis	PRIMERA	2 meses	
		SEGUNDA	4 meses	
		TERCERA	6 meses	
		CUARTA	18 meses	
DTaP	Difteria, tétanos y sifilis	REFUERZO	4 años	
ROTAVIRUS	Diarrea por rotavirus	PRIMERA	2 meses	
		SEGUNDA	4 meses	
NEUMOCOCCICA CONJUGADA	Neumonía, Meningitis y otras Enfermedades Graves causadas Por neumococo	PRIMERA	2 meses	
		SEGUNDA	4 meses	
		REFUERZO	1 año	
INFLUENZA	Neumonía por virus de La Influenza A y B	PRIMERA	6 meses	
		SEGUNDA	Al mes de la 1ra dosis	
		CADA TEM INVERNAL	1 año	
			2 años	
		3 años		
SRP (TRIPLE VIRAL)	SARAMPIÓN, RUBOLA Y PAPELES	PRIMERA	1 Año	
		SEGUNDA	6 Años	
OTRAS VACUNAS	NOMBRE DE LA VACUNA	NUMERO DE DOSIS		FECHA DE APLICACION





▪ **Historia Clínica Pediátrica (continuación)**

**PERSONALES PATOLÓGICOS**

PADECIMIENTOS PREVIOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PADECIMIENTO ACTUAL SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cual?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

TIPO DE SANGRE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ENFERMERA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
CÉD. PROF.





▪ **Signos Vitales**

**SIGNOS VITALES**

NO. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

FECHA	HORA	FC	FR	T°	T/A	GLICEMIA	PESO	TALLA	RESPONSABLE	FIRMA DE USUARIA





▪ **Ministración de Medicamentos**

**MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

NO. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

FECHA	MEDICAMENTO	VIA Y DOSIS	HORARIO	RESPONSABLE	FIRMA DE LA USUARIA

300





▪ **Medicina Natural**

**MEDICINA NATURAL**

NO. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

SUSTANCIA O PROCEDIMIENTO	DOSIS, VIA O ÁREA	NOMBRE	HORARIO	FECHA	RESPONSABLE	FIRMA DE LA USUARIA





- Platicas de Enfermería

**ASISTENCIA A PLATICA DE ENFERMERIA**

TEMA:		FECHA:
PROFESIONISTA RESPONSABLE:		
NO. EXPEDIENTE	EDAD	FIRMA

302  
T





▪ **Bitácora de Seguimiento**

**BITÁCORA DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA**

<b>NOMBRE</b>		<b>EDAD</b>	
<b>FECHA DE INGRESO</b>		<b>EXPEDIENTE</b>	

<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>PROFESIONISTA</b>

<b>ENFERMERA</b>	<b>ENFERMERA</b>	<b>ENFERMERA</b>	<b>Usaria</b>





▪ **Cierre de Caso**

**ÁREA DE ENFERMERÍA CIERRE DE CASO**

USUARIA

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

No. Expediente \_\_\_\_\_

Síntesis del caso

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Servicios otorgados:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Cierre de Caso

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





▪ **Cierre de Caso (continuación)**

---



---

Observación (es) final (es)

---



---



---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
ENFERMERA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
CÉD. PROF.





▪ **Nota de Egreso de Enfermería de Usuaría**

**NOTA DE EGRESO DE ENFERMERÍA**

Tlalnepantla de Bas, Estado de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024

\_\_\_\_\_ De \_\_\_\_ años, usuaria que  
ingresa el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y egresa este  
día con los siguientes pomenores:

Usuaría que durante su estancia fue necesaria su canalización al  
servicio médico en \_\_\_\_ ocasiones

Su hija (o) fue canalizada (o) en \_\_\_\_ ocasiones, terminando, el  
tratamiento indicado y evolucionando de manera positiva.

La usuaria \_\_\_\_\_, así como su hija (o) /  
hijas \_\_\_\_\_ (os)

\_\_\_\_\_, egresan sanos y sin tratamiento médico.

\_\_\_\_\_  
ENFERMERA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
CÉD. PROF.



▪ Evaluación de Servicios

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

Nombre de la usuaria \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Nombre de sus hijos:  
\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_  
Fecha de egreso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y firma de la usuaria  
\_\_\_\_\_





▪ **Nota de Egreso de Enfermería de Niñas, Niños y Adolescentes**

**NOTA DE EGRESO DE ENFERMERÍA DE LA (EL) NIÑA(O)**

Tlalnepantla de Baz, Estado de México a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024

Menor \_\_\_\_\_ de \_\_\_ años, que ingresa el día  
\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ y egresa este día con los siguientes  
pormenores:

Durante su estancia fue canalizado al servicio médico en \_\_\_  
ocasiones, llevando un tratamiento adecuado y egresa en las  
siguientes condiciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ENFERMERA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

CÉD. PROF.





### ▪ Acontecimientos Relevantes

#### ACONTECIMIENTOS RELEVANTES DEL DÍA


\_\_\_\_\_  
ENFERMERA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
CÉD. PROF.

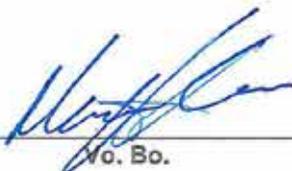


> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Mtra. Rosario Ramos Valdes	Mtra. Rosario Ramos Valdes	C. María Teresa Cebada Bautista
Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM)	Titular de la Dirección del Centro de Desarrollo Integral para la Mujer (CEDEIM)	Titular de la Dirección General



#### 4. VALIDACIÓN DEL MANUAL

 No. Bo.	
<b>C. María Gómez Martínez</b> Titular de la Presidencia Honoraria	
 Elaboró	 Revisó
<b>Mtra. Rosario Ramos Valdes</b> Titular de la Dirección del CEDEIM	<b>L.C. Fernando Granados Rivera</b> Titular de la Secretaría Técnica
 Validó	 Autorizó
<b>Lic. Librado Estanislao Vázquez García</b> Titular del Órgano Interno de Control	<b>C. María Teresa Bautista Cebada</b> Titular de la Dirección General



## 5. DIRECTORIO

### JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ ADMINISTRACIÓN 2022 – 2024

#### **C. María Gómez Martínez**

Titular de la Presidencia de la Junta de Gobierno y de la Presidencia Honoraria del Sistema Municipal DIF

#### **C. Víctor Manuel Pérez Ramírez**

Titular de la Primera Vocalía de la Junta de Gobierno y de la Quinta regiduría del H. Ayuntamiento

#### **C. María Teresa Bautista Cebada**

Titular de la Secretaría de la Junta de Gobierno y de la Dirección General del Sistema Municipal DIF

#### **C.P. Ricardo Contreras Velázquez**

Titular de la Segunda Vocalía de la Junta de Gobierno y de la Tesorería del H. Ayuntamiento

#### **L.C. Leobardo Sinuhé Alanís Urbán**

Titular de la Tesorería de la Junta de Gobierno y de la Dirección de Administración y Finanzas del Sistema Municipal DIF

#### **Mtro. José Cruz Segura**

Titular de la Tercera Vocalía de la Junta de Gobierno y de la Dirección de Administración del H. Ayuntamiento

#### **Dr. Benjamín González Pozos**

Titular de la Quinta Vocalía de la Junta de Gobierno y de la Dirección de Jurídico del Sistema Municipal DIF

#### **C. María Lourdes Curiel Rocha**

Titular de la Cuarta Vocalía de la Junta de Gobierno y Novena regidora del H. Ayuntamiento



## ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TLANEPANTLA DE BAZ

### C. María Gómez Martínez

Presidenta Honoraria

#### C. María Teresa Bautista Cebada

Titular de la Dirección General

#### M.C. Liliana Zamora Benítez

Titular de la Dirección de Salud

#### L.C. Leobardo Sinuhé Alanís Urbán

Titular de la Dirección de Administración y Finanzas

#### Dr. Benjamín González Pozos

Titular de la Dirección de Jurídico

#### Lic. Erika Natalia Sánchez Barquera

Titular de la Dirección de Prevención y Desarrollo Familiar

#### Lic. Vianey Méndez Nieto

Titular de la Procuraduría Municipal de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes

#### Lic. Librado Estanislao Vázquez García

Titular del Órgano Interno de Control

#### L.C. Fernando Granados Rivera

Titular de la Secretaría Técnica

#### Lic. Minerva Roa Palomino

Titular de la Coordinación del Adulto Mayor

#### Mtra. Rosario Ramos Valdés

Titular de la Dirección del CEDEIM

#### Lic. María Berenice Arredondo Juárez

Titular de la Coordinación de Subsistemas

#### Lic. Liliana Barrera Hernández

Titular de la Coordinación de Procuración de Fondos y Asistencia Social

#### C. Laura Beatriz Ortiz Fuentes

Titular de la Coordinación de Transparencia

#### M.V.Z. David Crisanto Luna

Titular de la Coordinación de Control, Atención y Bienestar Animal



## DIRECCIÓN DEL CEDEIM DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ

### **Mtra. Rosario Ramos Valdes**

Titular de la Dirección de la Dirección del  
Centro de Desarrollo Integral para las Mujeres (CEDEIM)





H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL DE  
TLALNEPANTLA DE BAZ  
2022-2024



Ayuntamiento de Tlalnepantla de Baz,  
Estado de México 2022-2024

**C. Marco Antonio Rodríguez Hurtado**  
Presidente Municipal Constitucional

**C. Ivette Yadira Campos Padilla**  
Primera Síndica

**C. Blanca Isabel Padilla Luna**  
Segunda Síndica

**C. Samuel Ugalde Chávez**  
Primer Regidor

**C. Teresa Garduño Suárez**  
Segunda Regidora

**C. Rafel Johnvanny Rivera López**  
Tercer Regidor

**C. Nadya de Jesús Cruz Serrano**  
Cuarta Regidora

**C. Víctor Manuel Pérez Ramírez**  
Quinto Regidor

**C. Verónica Liliana Rocha Vélez**  
Sexta Regidora

**C. Christian Alejandro Quintana Muñoz**  
Séptimo Regidor

**C. Iván Moisés Gatica López**  
Octavo Regidor

**C. María de Lourdes Curiel Rocha**  
Novena Regidora

**C. Mauricio Ontiveros Salgado**  
Décimo Regidor

**C. Marisela Blanquet Torres**  
Décima Primera Regidora

**C. Carlos Alberto Cruz Jiménez**  
Décimo Segundo Regidor

**C. Edmundo Rafael Ranero Barrera**  
Secretario del Ayuntamiento



[www.tlalnepantla.gob.mx](http://www.tlalnepantla.gob.mx)