



**AGUASCALIENTES**  
GOBIERNO DEL ESTADO

**IAM**  
INSTITUTO AGUASCALIENTENSE  
DE LAS MUJERES



INSTITUTO NACIONAL  
DE LAS MUJERES  
Vivir Mejor

DAIMEF

# CÉDULA DE REGISTRO

**Lo hacemos**

**por Ti**

**CAP V**

**Centro de Atención y Prevención Integral  
a la Violencia de Género**

Cédula de Registro de Usuarías CAPIV

Folio

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha

Inicio de la atención

Término de la atención

Duración de la atención

PRIMER INTERVENCIÓN

Compete a cualquiera de las áreas de atención

INSTRUCCIÓN: Marca con **X** la opción (es) que corresponda a la respuesta (s) de la usuaria

1. Referentes

1.1 La atención que se brinda a la usuaria, es de manera:

Personal

Telefónica

Especificar clave C4

1.1.2 Se puede llamar a la usuaria:

Sí

No

En caso de responder Sí, especificar la hora:

 : 

1.1.3 Es posible hacer visita domiciliaria a la usuaria:

Sí

No

1.2 La usuaria se enteró del CAPIV, a través de:

Radio

Información

impresa

Por un@ conocid@

Otro

¿Cuál?

1.3 ESPECIFICAR SI EXISTE RIESGO DE VIOLENCIA:

Bajo

Medio

Alto

Ninguno

2. Antecedentes

Especificar el motivo por el que la usuaria solicita asesoría y/o apoyo:

Problemas de relación con esposo /pareja

Problemas de relación con hijas e hijos

Problemas de relación con terceros

Problemas laborales

Problemas escolares

Problemas de adicciones

Problemas económicos

Problemas de violencia

Abuso sexual

Trámite de pensión alimenticia

Trámite de divorcio

Pareja/esposo o algún familiar le quito a su (s) hij@s

Información sobre la situación de conocida

Información referente a gestión social

Otro

2.2 Especificar si la usuaria acude o llama por:

Primera vez

Es reincidente

(En caso de que la respuesta sea Primera vez, ir a pregunta 3.1)

2.2.1 ¿Cuántas veces se le ha proporcionado atención?

2.2.2 Especificar si la atención brindada fue:

Personal

Telefónica

2.2.3 En este momento la usuaria solicita atención por:

El mismo motivo por el que anteriormente busco atención

Otro motivo diferente

Las dos opciones anteriores

### 3. Identificación de la Usuaría

3.1 ¿La persona que acude es la afectada?

Sí

No

En caso de responder Sí pase a la pregunta 3.2

3.1.1 En caso de que acuda otra persona especificar el vínculo que tiene con la afectada: \_\_\_\_\_

3.1.2 Nombre de quién requiere la atención (afectada): \_\_\_\_\_

### 3.2 Datos personales de la Usuaría

3.2 Nombre de la usuaria: \_\_\_\_\_

3.3 Edad de la usuaria\*: \_\_\_\_\_

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

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

3.6 Estado Civil\*: \_\_\_\_\_

3.7 Escolaridad \*: \_\_\_\_\_

3.8 Núm. Telefónico: \_\_\_\_\_

3.9 CURP: \_\_\_\_\_

3.10 Domicilio (Calle y No.): \_\_\_\_\_

(Fracc., Col.): \_\_\_\_\_

3.11 Municipio: \_\_\_\_\_

3.12 Localidad: \_\_\_\_\_

3.13 Su pareja/esposo radica:

Vive con ella

En otro municipio del estado

En otro estado del país

En otro país

En Estados Unidos

### 4. Información de red de apoyo

4.1 ¿La usuaria cuenta con alguien que la apoye?

Sí

No

En caso de responder No, pasar a la pregunta 5.1

4.1.1 Nombre de la red de apoyo: \_\_\_\_\_

4.1.2 Vínculo con la usuaria: \_\_\_\_\_

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

4.1.4 Número telefónico: \_\_\_\_\_

## 5. Datos de Descendientes

5.1 ¿Tiene hijos?

Sí

No



En caso de contestar No, pase a pregunta 6.1

5.2 ¿Cuántos hijos (as) tiene?

5.3 ¿Viven con usted todos sus hijos (as)?

Sí

No



En caso de contestar No, responder la pregunta 5.3.1

5.3.1 Especificar con quién viven

Con la pareja/esposo

Con ex pareja/ex esposo

Con padres de la usuaria




Con familiares

Con su pareja/esposo

Otro




5.4 Especificar el número de hijas e hijos de acuerdo a la edad, sexo y ocupación

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Ocupación
Recién nacidos hasta 12 años			
De 13 a 19 años			
De 20 a 30 años			
Más de 30 años			

## 6. Datos económicos de la usuaria

6.1 ¿Actualmente trabaja?

Sí

No



6.1.1 Especificar ocupación y/o actividad que realiza la usuaria

Labores domésticas

Servicio doméstico

Empleada

Desempleada

Obrera

Comerciante







Estudiante

Profesionista

Trabajadora independiente

Trabajadora agrícola

Pensionada / Jubilada

Otra







En caso de que la usuaria manifieste **NO TRABAJAR**, responder la pregunta 6.1.2

6.1.2 ¿Cuál es el motivo por el que actualmente no trabaja?

Su pareja/ esposo no se lo permite

No tiene con quien dejar a sus hijas e hijos

Se siente incapaz de hacerlo

No encuentra trabajo





Nunca ha trabajado

No desea trabajar

Más de un motivo

Otro

En caso de que la usuaria **expresé trabajar**, responder la pregunta 6.1.3, 6.1.4 y 6.1.5

6.1.3 ¿Cuánto dura su jornada laboral?

- Menos de 4 horas
- De 4 a 8 horas
- Más de 8 horas
- Trabaja en casa
- Otro

6.1.4 ¿Cuál es el turno de su jornada laboral?

- |  |  |
|--|--|
| Matutino <input type="checkbox"/>              | Nocturno <input type="checkbox"/>                                  |
| Vespertino <input type="checkbox"/>            | Rola turnos matutino y vespertino <input type="checkbox"/>         |
| Matutino y vespertino <input type="checkbox"/> | Rola turno matutino vespertino y nocturno <input type="checkbox"/> |

6.1.5 ¿Quién cuida a sus hijos mientras trabaja

- |  |   |
|--|---|
| Guardería <input type="checkbox"/>     | Esposo/pareja <input type="checkbox"/>  |
| Mamá <input type="checkbox"/>          | Hija mayor <input type="checkbox"/>     |
| Otro Familiar <input type="checkbox"/> | Los deja solos <input type="checkbox"/> |
| Vecina <input type="checkbox"/>        | Otro <input type="checkbox"/>           |

6.2 Cuales son los ingresos mensuales con los que cuenta la usuaria

- |   |   |
|---|---|
| Menos de 500 <input type="checkbox"/>   | De 4501 a 5500 <input type="checkbox"/>     |
| De 501 a 1500 <input type="checkbox"/>  | De 5501 a 6500 <input type="checkbox"/>     |
| De 1501 a 2500 <input type="checkbox"/> | De 6501 a 7500 <input type="checkbox"/>     |
| De 2501 a 3500 <input type="checkbox"/> | Más de 7501 <input type="checkbox"/>        |
| De 3501 a 4500 <input type="checkbox"/> | Ninguna percepción <input type="checkbox"/> |

6.2.1 Los ingresos de la usuaria provienen de:

- Su trabajo
- Es proporcionado por algún miembro de la familia
- De las dos opciones anteriores
- Otro

6.2.2 El ingreso del hogar lo aporta:

- |  |   |
|--|---|
| La usuaria <input type="checkbox"/>              | Todos los miembros de la familia <input type="checkbox"/> |
| La pareja/esposo <input type="checkbox"/>        | Un familiar <input type="checkbox"/>                      |
| La usuaria y su pareja <input type="checkbox"/>  | Ex pareja/exesposo <input type="checkbox"/>               |
| Hijas e hijos <input type="checkbox"/>           | Padres de la usuaria <input type="checkbox"/>             |
| La usuaria e hijas (os) <input type="checkbox"/> | Otro (a) <input type="checkbox"/>                         |

6.2.3 El gasto del hogar lo administra

- |  |   |
|--|---|
| La usuaria <input type="checkbox"/>              | Todos los miembros de la familia <input type="checkbox"/> |
| La pareja/esposo <input type="checkbox"/>        | Un familiar <input type="checkbox"/>                      |
| La usuaria y su pareja <input type="checkbox"/>  | Ex pareja/Exesposo <input type="checkbox"/>               |
| Hijas e Hijos <input type="checkbox"/>           | Padres de la usuaria <input type="checkbox"/>             |
| La usuaria e hijas (os) <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/>                             |

Lo h  
po

6.2.4 ¿Quién (es) depende económicamente de la usuaria

Nadie

Hijas (os) menores

Todos los miembros de la familia

Esposo/pareja

Padres de la usuaria

Familiares

Otr@ (s)

En caso de que la usuaria aporte ingresos al hogar, responder la pregunta 6.2.5.

6.2.5 Del dinero que aporta a su hogar ¿Qué necesidades económicas cubre?

Ninguna

Alimentos básicos

Servicios del hogar

Necesidades de las y los hijos

Todas

No lo sabe

Otr@s

6.3 La vivienda donde vive la usuaria es:

Propia

Pareja/Esposo

Ambos

Rentada

Prestada

Se está pagando

Hija/Hijo

Padres

Otro familiar

Otro

## 7. Identificación de la problemática por la que acude la usuaria

7.1 ¿Actualmente vive situaciones de violencia?

Sí

No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 8

7.1.2 ¿Qué tipo de violencia sufre?

Física

Psicológica

Sexual

Económica

Patrimonial

Institucional

7.1.3 ¿En qué ámbito sufre la violencia?

Familiar

Escolar

Laboral

Comunitario

Institucional

7.1.4 ¿Cuánto tiempo lleva sufriendo la violencia?

Menos de un año

De 1 a 5 años

De 6 a 10 años

De 11 a 15 años

De 16 a 20 años

De 21 a 24 años

Más de 25 años

7.1.5 ¿Actualmente alguien más de su familia sufre violencia?

Sí

No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 7.2.

7.1.6 Especifique quien \_\_\_\_\_

7.1.7 Especifique principal tipo de violencia \_\_\_\_\_

7.2. Datos personales del agresor

7.2 ¿Cuál es el vínculo con el agresor?\*: \_\_\_\_\_

7.2.1 En caso de ser agresor laboral, especificar grado que ocupa en la empresa/Dependencia: \_\_\_\_\_

7.2.3 Nombre del agresor: \_\_\_\_\_

7.2.4 Edad\*: \_\_\_\_\_

7.2.5 Escolaridad\*: \_\_\_\_\_

7.2.6 Domicilio (Calle y Num.): \_\_\_\_\_

(Fracc. y/o Col.): \_\_\_\_\_

7.2.7 Municipio: \_\_\_\_\_

7.2.8 Estado y País: \_\_\_\_\_

7.3 Datos económicos del agresor

7.3.1 ¿Tiene trabajo?

Sí

No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 7.3.4

7.3.2 ¿A qué se dedica el agresor? \_\_\_\_\_

7.3.3 ¿Aproximadamente cuales son los ingresos mensuales del agresor? \_\_\_\_\_

7.3.4 ¿Cuál es el motivo por el cual, el agresor NO trabaja?

Se niega a buscarlo

Busca pero no encuentra

No ha encontrado por sus antecedentes penales

No encuentra porque es adicto a las drogas o el alcohol

Regularmente dura poco tiempo en sus trabajos

Otro motivo

7.4 Información referente al agresor

7.4.1 ¿Desde hace cuanto tiempo conoce al agresor?

Menos de 1 mes

De 16 a 19 años

De dos a 11 meses

De 20 a 24 años

De 1 a 5 años

Más de 25 años

De 6 a 10 años

No lo recuerda

De 11 a 15 años

7.5 El agresor es adicto al...

Tabaquismo

Alcohol

Drogas

Otras

7.5.1 ¿Con que frecuencia la (s) consume? \_\_\_\_\_

7.6 ¿Sabe usted, si el agresor cuenta con alguna arma?

Sí

No

En caso de contestar que no, pase a la sección 8

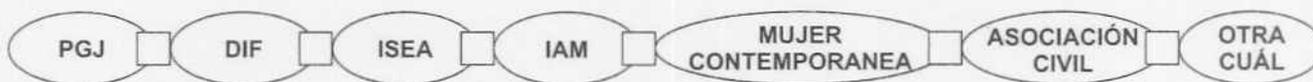
7.6.1 ¿Qué tipo de arma tiene el agresor?

Arma blanca

Arma de fuego

7.6.2 Especifique el arma que tiene el agresor: \_\_\_\_\_

**8. ANTECEDENTES DE RUTA CRÍTICA** (En el siguiente esquema señalar con una paloma en el círculo si la usuaria ha acudido alguna de las dependencias señaladas, así mismo especificar en el cuadro el número de veces acudidas).



En caso de **NO** identificar antecedentes de ruta crítica, pasar a Observaciones.

8.1 ¿Qué tipo de atención y/o apoyo le brindaron en la dependencia a la que acudió?

Jurídica

Medica

Psicológica

Otra

Gestión social

8.1.2 ¿Le sirvió la atención que le brindaron?

Sí

En caso de contestar que Sí, pase a la sección 9

No

8.1.3 ¿Por qué considera que la atención que le brindaron no le sirvió por?

Falta de información acerca de lo que debía hacer

Le proporcionaron información errónea

Tenía costo la atención, y no podía pagar

Decidió no regresar

No pudieran apoyarla

No reunió los requerimientos solicitados por la dependencia

Más de un motivo

Otro motivo



**APARTADO A**

**PETICIÓN DE GESTIÓN SOCIAL**

(Compete a Trabajo Social: Aplicar en caso de que la usuaria externe la necesidad de un apoyo o información de gestión social)

**INSTRUCCIÓN:** Marca con **X** la opción (es) que corresponda a la respuesta de la usuaria

Inicio de la atención \_\_\_\_\_  
Término de la atención \_\_\_\_\_  
Duración de la atención \_\_\_\_\_

**1. La usuaria solicita**

Apoyo económico		Apoyo para comprar medicamentos		Información sobre algún problema de salud	
Beca para seguir estudiando		Información sobre empleo		Solicitud de despesa alimenticia	
Información sobre Guardería		Entrega de material de difusión		Otro:	

**2. Observaciones de la o él profesionalista:** \_\_\_\_\_

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

**3. Canalización:** \_\_\_\_\_

<b>4. Identificación de la o él responsable</b>	
Nombre:	
Firma:	Área:

**APARTADO B1**

**PINTERVENCIÓN ESPECIALIZADA**

(Compete al área psicológica: Aplicar cuando se identifica que la usuaria es receptora de violencia)

**INSTRUCCIÓN:** Marca con **X** la opción (es) que corresponda a la respuesta de la usuaria

Inicio de la atención \_\_\_\_\_  
Término de la atención \_\_\_\_\_  
Duración de la atención \_\_\_\_\_

**1. Identificación de riesgo de violencia**

1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última agresión?

- Menos de una semana
- Una semana
- Menos de un mes
- Un mes
- Más de un mes
- 6 meses
- Más de 1 año
- No lo recuerda
- Otro (Especifique)

1.1.2 ¿Su vida corre peligro?

- Sí
- No

1.1.3 ¿Ha pensado hacerse daño?

- Sí
- No

1.1.4 Ha intentado

- Consumir pastillas o ingerir alguna sustancia
- Lastimarse con arma blanca
- Lastimarse con arma de fuego
- Lastimarse con una sogá, cable, etc.
- Otro

**2. De acuerdo a la situación de la usuaria, indique en que fase del ciclo de violencia se encuentra**

- 1. Fase de Tensión
- 2. Fase de agresión
- 3. Fase de reconciliación

**Observaciones de la o él profesionalista:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. De acuerdo al tipo de relación que la usuaria tiene con él agresor, especificar.

3.1 ¿La usuaria vive con él agresor?

Sí

No

En caso de contestar NO, pase a la pregunta 3.2

3.1.1 Especifique el tiempo de vivir con él agresor

Menos de 1 mes

De 1 a 5 meses

De 6 meses a un año

De 1 a 3 años

De 4 a 7 años

De 8 a 11 años

De 12 a 15 años

De 16 a 20 años

De 21 a 24 años

Más de 25 años

3.1.2 ¿Cuál es el motivo por el que continua con el agresor?

Miedo

Amenaza

Chantaje

Lo quiere

Sus hijos e hijas

Lo económico

No tiene a donde ir

Creencias

Su familia

No lo sabe

Más de un motivo

Otro

3.1.3 ¿En alguna ocasión (es) ha intentado separarse?

Sí

No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 3.2

3.1.4 ¿Cuántas veces ha intentado separarse del agresor?

Solo una vez

De 1 a 2 veces

De 3 a 4 veces

Más de 5 veces

3.1.5 ¿Por cuánto tiempo estuvo separada de su pareja? \_\_\_\_\_

3.2 En caso de **no vivir** con el agresor, Especifique el motivo por el cual se separo del agresor:

La maltrato

Maltrato a sus hijas(os)

Maltrato a toda la familia

Otro motivo

Irresponsabilidad económica

Infidelidad

Teme por su vida o la de sus hijos

3.2.1 ¿Cuánto tiempo lleva separada del agresor?

De 1 a 5 días

Hace una semana

Menos de 1 mes

De 6 meses a 1 año

De 1 a 5 años

De 6 a 10 años

De 11 a 15 años

De 16 a 19 años

De 20 a 24 años

Más de 25 años

3.2.2 ¿El agresor actualmente vive?

Solo   
Otra pareja   
Padres

Familiares   
Hijas e hijos   
No sabe

3.2.3 ¿Actualmente tiene contacto con el agresor?

Sí   
No

En caso de contestar No, pase a la sección 4

3.2.4 ¿Con qué frecuencia tiene contacto con el agresor?

Una vez a la semana   
Una vez cada 15 días   
Una vez al mes   
Una vez cada tres meses

Una vez cada 6 meses   
Una vez cada año   
Otro

3.2.5 ¿Por qué motivo mantiene contacto con el agresor?

Para que vea a sus hijas e hijos   
Para que le proporcione apoyo económico   
Desea regresar   
Manifiesta tener derecho a irse y regresar cuando lo desee

Amenaza con dañarla a usted o a sus hijas e hijos si no se le permite la entrada al domicilio   
Amenaza con llevarse a las hijas e hijos si no permite que él los vea   
Por motivos laborales

### Antecedentes de Violencia en diversas etapas de vida de la usuaria

**4. Ámbito de la pareja (Obtener la siguiente información en caso de que la usuaria, mantenga relación de pareja/esposo con el agresor).**

4.1 ¿Mantuvo con el agresor una relación de noviazgo?

Sí   
No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 4.2

4.1.1 ¿Cuánto tiempo duro la relación de noviazgo?

Menos de 1 mes   
Menos de 6 meses   
De 6 meses a 1 año   
De 1 a 3 años

De 4 a 6 años   
Más de 6 años   
Otro

4.1.2 ¿Durante su relación de noviazgo sufrió algún tipo de violencia?

Sí   
No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 4.2

4.1.3 ¿Qué tipo de violencia vivió durante el noviazgo, de parte de su agresor?

- Maltrato físico
- Maltrato psicológico
- Maltrato sexual
- Maltrato económico

4.2 ¿Su pareja tuvo alguna unión anterior?

- Sí
- No
- No sabe

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 4.3

4.2.1 ¿Sabe usted si él maltrataba a su anterior pareja?

- Sí
- No
- Se lo han comentado
- No sabe

4.3 ¿Usted tuvo alguna unión anterior?

- Sí
- No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 5.1.1

4.3.1 ¿En su unión anterior vivió violencia?

- Sí
- No

## 5. Violencia en el transcurso de su vida

5.1 Identificación de violencia en alguna(s) etapa(s) de la vida de la usuaria

5.1.1 ¿Durante su vida ha sufrido violencia?

- Sí
- No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 5.2

5.1.2 ¿En que etapa de su vida sufrió violencia?

- Infancia
- Adolescencia
- Juventud
- Adulthood
- Vejez

5.1.3 ¿Qué tipo (s) de violencia sufrió?

- Abuso sexual
- Acoso sexual
- Violación
- Maltrato familiar
- Otro (Especifique)

5.1.4 ¿De parte de quien vivió la violencia?

Mamá

Novio

Papá

Conocido de la familia

Mamá y papá

Pareja/esposo

Hermano

Jefe/Compañero de trabajo

Un familiar

Desconocido

Otro

5.2 ¿El vivir situaciones de violencia ha repercutido en su vida?

Sí

No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 6.1

5.2.1 ¿De que manera le ha afectado el ser receptora de violencia?

En su salud

De manera emocional

En el ámbito laboral

En sus relaciones sociales

Ha intentado quitarse la vida

Otra

6. Violencia en el ámbito escolar y/o laboral

6.1 ¿Durante su formación educativa y/o laboral, sufrió algún tipo de violencia?

Sí

No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 7.1

6.1.1 ¿En qué ámbito sufrió violencia?

Escolar

Laboral

Ambos

6.1.2 ¿Tipo de violencia que sufrió?

Abuso sexual

Acoso sexual

Violación

Violencia Psicológica

Violencia Física

Otra

6.1.3 ¿De parte de quien sufrió la violencia?

**Aplica ámbito escolar**

Directivo de la Institución

Profesor

Compañero de escuela

Empleado de la Institución

Otro

**Aplica ámbito Laboral**

Directivo de la Empresa/Dependencia

Subdirector de Empresa/Dependencia

Jefe Inmediato

Compañero de trabajo

Otro

## 7. Soluciones Intentadas por la usuaria para evitar situaciones de violencia

7.1. ¿Qué ha intentado hacer para terminar con las situaciones de violencia que ha sufrido?

Buscar apoyo médico

Buscar apoyo religioso

Buscar asesoría Jurídica

Solicitar auxilio policiaco

Buscar atención psicológica

Separarse del agresor

Buscar apoyo en refugio

No ha intentado nada

## 8. Alternativas de Solución para concluir con la violencia

8.1. De acuerdo a la situación que actualmente vive, ¿Qué considera como alternativa para solucionar su problema?

Contar con redes de apoyo

Atención médica

Separarse del agresor

Conseguir empleo

Un lugar donde vivir

No lo sabe

Asesoría jurídica

Ninguna

Tratamiento psicológico

Otra alternativa

## 9. EJERCICIO PERSONAL DE LA USUARIA

De acuerdo al proceso de atención, solicitar a la usuaria que señale cinco opciones para incidir un cambio en la problemática que propicia la atención, o bien la descripción de cinco medidas de protección:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

10. Observaciones de la o él profesionalista: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

11. Canalización: \_\_\_\_\_

## 12. Identificación de la o él responsable

Nombre:

Firma:

Área:

**APARTADO B2**

**INTERVENCIÓN DE PSICOLOGÍA**

(Aplicar el siguiente formato cuando la usuaria NO es receptora de violencia, y requiere atención psicológica por otra problema)

**INSTRUCCIÓN:** Marca con **X** la opción (es) que corresponda a la respuesta de la usuaria

Inicio de la atención \_\_\_\_\_  
Término de la atención \_\_\_\_\_  
Duración de la atención \_\_\_\_\_

**1. De acuerdo a la situación en que se encuentra la usuaria especifica el tipo de malestar psicológico.**

1.1.1 ¿Cuál es el suceso precipitante por el que acude la usuaria?

- |                              |                          |                                  |                          |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Ruptura de pareja            | <input type="checkbox"/> | Perdida de empleo                | <input type="checkbox"/> |
| Interrupción de embarazo     | <input type="checkbox"/> | Problemas con hijas e hijos      | <input type="checkbox"/> |
| Problemas con familiares     | <input type="checkbox"/> | Separación de hijas (os)         | <input type="checkbox"/> |
| Infidelidad de pareja/esposo | <input type="checkbox"/> | Fallecimiento de alguien cercano | <input type="checkbox"/> |
| Depresión                    | <input type="checkbox"/> | Otro suceso                      | <input type="checkbox"/> |
| Depresión de familiar        | <input type="checkbox"/> |                                  |                          |

1.1.2 De acuerdo al problema de la usuaria, ¿Qué sentimientos expresa?

- |                             |                          |               |                          |
|-----------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Confusión                   | <input type="checkbox"/> | Angustia      | <input type="checkbox"/> |
| Agresividad a sí misma      | <input type="checkbox"/> | Desesperación | <input type="checkbox"/> |
| Agresividad a otras u otros | <input type="checkbox"/> | Tristeza      | <input type="checkbox"/> |
| Agotamiento                 | <input type="checkbox"/> | Devaluación   | <input type="checkbox"/> |
| Ideas suicidas              | <input type="checkbox"/> | Resentimiento | <input type="checkbox"/> |
| Tensión                     | <input type="checkbox"/> | Aislamiento   | <input type="checkbox"/> |
| Enojo                       | <input type="checkbox"/> | culpa         | <input type="checkbox"/> |
| Soledad                     | <input type="checkbox"/> |               |                          |

1.1.3 Se identifica que la usuaria esta pasando por una crisis de depresión

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| Leve         | <input type="checkbox"/> |
| Acoso sexual | <input type="checkbox"/> |
| Moderada     | <input type="checkbox"/> |
| Profunda     | <input type="checkbox"/> |
| Ninguna      | <input type="checkbox"/> |

1.1.4 Se identifica que la usuaria esta pasando por una crisis de ansiedad

- |          |                          |
|----------|--------------------------|
| Leve     | <input type="checkbox"/> |
| Moderada | <input type="checkbox"/> |
| Profunda | <input type="checkbox"/> |
| Ninguna  | <input type="checkbox"/> |

1.1.5 ¿Con quién ha establecido relaciones afectivas que la hacen sentirse bien?

Con nadie

Madre

Padre

Madre y padre

Familiares

Amigas

Pareja/esposo

Otro

1.1.6 ¿En que área y/o ámbito de su vida considera que tiene fortalezas?

Hijas e hijos

Familiares

Amistades

Ella misma

En el ámbito laboral

No lo sabe

Ninguna

## 2. Ejercicio Personal de la usuaria

De acuerdo al proceso de atención, solicitar a la usuaria que señale cinco opciones para incidir un cambio en la problemática que propicia la atención, o bien la descripción de cinco medidas de protección:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

3. Observaciones de la o él profesionalista: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

4. Canalización: \_\_\_\_\_

### 5. Identificación de la o él responsable

Nombre:

Firma:

Área:

**APARTADO C**

**INTERVENCIÓN JURÍDICA**

**INSTRUCCIÓN:** Marca con **X** la opción (es) que corresponda a la respuesta de la usuaria

Inicio de la atención \_\_\_\_\_  
 Término de la atención \_\_\_\_\_  
 Duración de la atención \_\_\_\_\_

1.1 El motivo por el que la usuaria solicita apoyo jurídico es:

- Desea concluir la relación
- Sufre violencia de parte de la pareja/esposo
- Sufre violencia de parte de otro agresor (no vínculo afectivo)
- La pareja/esposo se separo y no aporta ingresos para las y los hijos
- Ha sido amenazada de muerte/violencia física
- Su pareja/ esposo le quito a sus hijas e hijos
- Problemas de deudas
- Problemas laborales
- Otro motivo

2. En caso de que la usuaria este casada preguntar, ¿Régimen por el cual se encuentra casada

Bienes mancomunados	<input type="checkbox"/>	Bienes separados	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	------------------	--------------------------

3. Especificar la tipificación de la problemática por la que acude la usuaria, de acuerdo al TIPO DE asesoría que solicita:

CIVIL	PENAL	ÁMBITO LABORAL
Divorcio necesario <input type="checkbox"/>	Lesiones <input type="checkbox"/>	Despido injustificado <input type="checkbox"/>
Pensión alimenticia <input type="checkbox"/>	Hostigamiento sexual <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Divorcio voluntario <input type="checkbox"/>	Violación <input type="checkbox"/>	
Reconocimiento de paternidad <input type="checkbox"/>	Estupro <input type="checkbox"/>	
Divorcio administrativo <input type="checkbox"/>	Amenazas <input type="checkbox"/>	
Patria Potestad <input type="checkbox"/>	Violencia Intrafamiliar <input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	

4. ¿La usuaria solicita asesoría en relación a ser receptora de violencia en el ámbito Institucional?

Si   
 No  En caso de responder NO, pasar a la pregunta 5

5. De acuerdo a la asesoría que se le brindo, la usuaria decide presentar:

- Denuncia
- Demanda
- Denuncia y demanda
- Queja

6. ¿Cuenta con abogad@ para que le de seguimiento al trámite?

Si

o ha  
po

## 7. Antecedentes de trámites legales

7.1 ¿Anteriormente había realizado algún trámite legal?

Sí

No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 8

7.2 ¿Qué tipo de trámite realizó?

Denuncia

Demanda

Denuncia y demanda

Queja

7.3 ¿El trámite realizado fue de tipo?

Penal

Civil

7.3.1 Especificar la tipificación de la causal: \_\_\_\_\_

7.3.2 En caso de haber presentado denuncia, demanda y/o queja especificar cuando lo realizo: \_\_\_\_\_

*Preguntar la siguiente, en caso de que la usuaria solicite el divorcio*

8. ¿Por qué no se había divorciado?

No tenía dinero para solicitar asesoría

No tenía dinero para iniciar el trámite

Inicio el trámite, pero no pudo concluirlos por motivos económicos

Inicio el trámite, pero decidió regresar con su esposo

El trámite se encuentra inconcluso

El esposo se niega a brindarle el divorcio

Esperaba que sus problemas de relación se terminarán

Nunca tomo la decisión

*Preguntar la siguiente en caso de que la usuaria no reciba ingresos de su pareja/esposo*

9. ¿Tiempo aproximado en que su pareja/esposo le ha dejado de brindar ingresos?

Menos de 6 meses

De 6 meses a un año

De 1 a 3 años

De 4 a 6 años

De 7 a 10 años

Más de 10 años

Desde que inició la relación

## 10. Antecedes de ruta crítica

10.1 ¿Anteriormente había acudido ha alguna dependencia a solicitar apoyo por el problema que acude al CAPIV?

Sí

No

*En caso de responder NO, pasar al punto 11 Observaciones*

10.1 ¿A qué dependencia acudió? \_\_\_\_\_

10.2 ¿De acuerdo a la asesoría y/o apoyo que le brindaron inició algún trámite?

Sí

No

10.3 ¿Por qué motivo NO concluyo el trámite que inició?

No contaba con dinero para obtener los documentos solicitados

No contaba dinero para pagar abogado (a)

No fue clara la información proporcionada por quien (profesionista) inició el trámite

Decidió interrumpir el trámite

Otro

10.4 ¿En este momento, desea dar seguimiento a dicho trámite?

Sí

No

11. Observaciones de la o él profesionista: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12. Canalización: \_\_\_\_\_

### 13. Identificación de la o él responsable

Nombre:

Firma:

Área:

**APARTADO D**

**INTERVENCIÓN MÉDICA**

**INSTRUCCIÓN:** Marca con **X** la opción (es) que corresponda a la respuesta de la usuaria

Inicio de la atención \_\_\_\_\_  
Término de la atención \_\_\_\_\_  
Duración de la atención \_\_\_\_\_

**1. Información Básica**

1.1 ¿Cuenta con servicio médico social?

Sí

No

*En caso de responder NO, pasar a la pregunta 2.1*

1.1.2 ¿Con qué tipo de servicio médico cuenta?

IMSS

ISSTE

ISEA

Particular

Otro

Ninguno

**2. Identificación de malestares de la usuaria**

2.1 ¿Qué tipo de malestares físicos o/y estados de ánimo ha tenido recientemente?

---

---

---

---

---

2.1.2 ¿Desde cuando ha sentido dichos malestares?

---

---

---

---

---

2.1.3 ¿Considera que algunos de sus malestares físicos o cambios de ánimo son por causa de problemas?  
¿Que tiene o ha tenido con su pareja/esposo?

Sí

No

No sabe

### 3. Antecedentes de malestares de la usuaria

3.1 ¿Acostumbra atender sus malestares físicos y/o estados de ánimo?

- Sí
- No

3.2 ¿Normalmente padece insomnio?

- Sí
- No
- A veces

*En caso de responder NO, pasar a la pregunta 3.3*

3.2.1 ¿Toma algo para evitar el insomnio?

- Sí
- No
- A veces

3.3 ¿En alguna ocasión ha tenido que tomar tranquilizantes?

- Sí
- No

*En caso de responder NO, pasar a la pregunta 3.4*

3.3.1 ¿Con que frecuencia consume los tranquilizantes?

- Diario
- De 3 a 5 veces a la semana
- De 3 a 5 veces a la quincena
- Más de 5 veces al mes
- Otro

3.4 ¿En alguna ocasión los problemas que tiene le han afectado sus hábitos alimenticios?

- Sí
- No

*En caso de responder NO, pasar a la pregunta 4.1*

3.4.1 ¿De que manera considera que le ha afectado en sus hábitos alimenticios?

- Menos apetito
- Más apetito
- Igual apetito, menos peso
- Otro

#### 4. Antecedentes clínicos y cuidados de la usuaria

4.1 ¿Normalmente utiliza algún método anticonceptivo?

- Sí
- No
- A veces

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 4.2

4.1.1 ¿Qué método anticonceptivo utiliza?

- Preservativo
- Pastillas anticonceptivas
- DIU
- Coito interrumpido
- Ritmo
- Diafragma
- Inyectable

- Vaginal
- Biling
- Salpingoclasia
- Esterilidad
- No tiene relaciones sexuales
- Otro

4.2 ¿Hace cuanto tiempo que se realizó el Papanicolaou?

- Nunca se lo ha hecho
- Menos de 6 meses
- Más de 6 meses
- Más de un año
- No lo recuerda
- Otro

4.2.1 ¿Últimamente ha sentido molestias en sus genitales?

- Sí
- No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 4.3

4.2.2 ¿Qué tipo de molestias ha sentido en sus genitales? \_\_\_\_\_

4.3 ¿Ha tenido un aborto?

- Sí
- No

En caso de responder NO, pasar a la pregunta 5.1

4.3.1 ¿El aborto que tuvo fue?

- Natural
- Provocado

4.3.2 En caso de haber sido Provocado, especificar el vínculo que tiene la usuaria con la persona que lo provocó

- Pareja/esposo
- Expareja/exesposo
- Familiar
- Novio
- Conocido
- Desconocido
- Otro

## 5. Antecedes de tratamiento psicológico o psiquiátrico

5.1 ¿Alguna vez ha solicitado atención psicológica o/y tratamiento psiquiátrico?

Si

No

En caso de responder No, pasar a la pregunta 6.1

5.1.1 ¿Qué tipo de atención y/o tratamiento realizó?

Asistía a terapias individuales

Asistía a talleres grupales

Tuvo que tomar medicamentos durante un período

Asistía a terapias e ingería medicamentos

Otro

## 6. Identificación de secuelas que afectan la salud de la Usuaría

De acuerdo al estado en que llega la usuaria especificar si se perciben o identifican las siguientes escuelas:

Evidentes		Físicas	
Hematomas		Dolor crónico	Infección en vías urinarias
Ojos morados		Obesidad	Embarazo prematuro
Contusiones		Diabetes mellitas	Prurito o pérdida de sangre vaginal
Cicatrices queloides		Cáncer de mama	Hipertensión arterial sistemática
Discapacidad temporal o permanente		Embarazo no deseado	Desnutrición
Intento de estrangulamiento		Aborto	Cáncer Cerviño uterino
Fracturas		VIH-SIDA	Artritis
Amenaza con uso de arma punzo cortante o de fuego		Enfermedades de transmisión sexual	Embarazo de alto riesgo
Otras		Enfermedad inflamatoria pélvica	Sangrado durante la gestación
No presenta secuelas evidentes		Dolor pélvico o abdominal	Otras
			No presenta secuelas físicas

7. Observaciones de la o él profesionalista: \_\_\_\_\_

---



---

## 8. Identificación de la o él responsable

Nombre:

Firma:

Área:

