

CEDULA DE ATENCIÓN

Fecha: _____ Tipo de asesoría: Jurídica: _____ Psicológica _____ Presencial _____
Folio de dependencia: _____

DATOS PERSONALES

Nombre _____ Edad _____
Estado Civil _____ Escolaridad _____ N° de hijos _____
Ocupación: _____ Domicilio: _____
Municipio: _____ Teléfono: _____ Religión: _____
C.P. _____ Ingresos Semanales: _____ Con quien vive: _____
Originaria: _____ Redes de apoyo: _____
De qué tipo: _____ Embarazada: SI _____ NO _____
Tiempo de gestación: _____

DATOS DE LOS HIJOS (AS)

Nombre: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Edad: _____

Tipo de vivienda: _____ Lugar de la violencia: _____
Tipo de relación con el agresor: _____
Modalidad de la violencia:

Física: () Psicológica: () Patrimonial: () Económica: () Sexual: () Política: ()

¿Sufrió alguna lesión?: _____ ¿Padece alguna enfermedad/discapacidad?: _____
¿Cuenta con alguien que le pueda apoyar?: _____
¿Cómo se enteró del servicio?: _____

DATOS DEL AGRESOR

Nombre: _____ Edad: _____
Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Religión _____
Ocupación: _____ Domicilio: _____
¿Consume bebidas alcohólicas y/o medicamentos Controlados?: _____
¿Con que frecuencia?: _____
Durante la agresión estaba bajo los efectos de: _____