

FORMATO DE CAPTURA DEL EXPEDIENTE ÚNICO DE LA VÍCTIMA

EUV: _____ FECHA: _____ USUARIO DE CAPTURA: _____

DEPENDENCIA: INSTITUTO ESTADAL DE LAS MUJERES UNIDAD DE ATENCIÓN: _____

VIA DE RECEPCIÓN: _____

Datos Generales de la Víctima

DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	*NOMBRE(S)
SITUACIÓN CONYUGAL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
*EDAD /EDAD		

¿CON QUIÉN VIVE? _____ *TIENE HIJAS O HIJOS: SI NO

ESPECIFICAR CUANTOS HABITAN CON VÍCTIMA: HOMBRES _____ EDADES _____ MUJERES _____ EDADES _____

TELÉFONO DE CASA	CELULAR	OTRO
------------------	---------	------

DATOS DE TUTOR (SI LA VÍCTIMA ES MENOR DE EDAD)

*PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	*NOMBRE(S)	*EDAD
------------------	------------------	------------	-------

*QUIÉN EJERCE LA PATRIA POTESTAD: MADRE PADRE CURADOR(A) TUTOR OTROS ESPECIFIQUE: _____

LUGAR DE NACIMIENTO DE LA VÍCTIMA

*PAÍS: _____ *ESTADO: _____ CURP: _____

CONTESTAR SÓLO SI LA VÍCTIMA ES DE OTRA NACIONALIDAD:

 *ES MIGRANTE: SI NO DESCONOCE

 *CALIDAD DE LA VÍCTIMA: PERSONA DOCUMENTADA PERSONA INDOCUMENTADA

 *CONTESTAR SÓLO SI ES PERSONA DOCUMENTADA: ESTATUS MIGRATORIO: INMIGRADO INMIGRANTE NO MIGRANTE

IDIOMA DE LA VÍCTIMA: HABLA ESPAÑOL LENGUA EXTRANJERA ESPECIFIQUE: _____

 *PERTENECE A UN GRUPO ÉTNICO: SI NO *¿CUAL? _____

Domicilio de la Víctima

CALLE/CAMINO/CARRETERA	N° EXT. /KM	N° INT.	COLONIA/BARRIO/PUEBLO/LOCALIDAD/EJIDO
------------------------	-------------	---------	---------------------------------------

*PAÍS	*ESTADO	*MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL
-------	---------	------------	---------------

Registro de Motivo

- *CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA NIVEL DE RIESGO: LEVE _____ MODERADO _____ GRAVE _____
- *TIPO DE VIOLENCIA: PSICOLÓGICA ECONÓMICA FÍSICA PATRIMONIAL SEXUAL OTRA _____
- *MODALIDAD DE LA VIOLENCIA: EN LA COMUNIDAD FAMILIAR INSTITUCIONAL LABORAL ESCOLAR/DOCENTE OBSTÉTRICA POLÍTICA DIGITAL/CIBERNÉTICA FEMINICIDA
- *DELINCUENCIA ORGANIZADA: ¿ES VÍCTIMA DE LA DELINCUENCIA ORGANIZADA? SI NO SE DESCONOCE
- *DENUNCIA: ¿EL HECHO DE VIOLENCIA ESTA RELACIONADO CON UNA DENUNCIA? SI NO
- *NARRACIÓN DE LOS HECHOS (CIRCUNSTANCIAS DE MODO, TIEMPO Y LUGAR)

*LUGAR DE LOS HECHOS: (SEÑALAR SÓLO UNA OPCIÓN)

__ ESPACIO PARTICULAR

 CASA HABITACIÓN EMPRESA NEGOCIO

__ ESPACIO PÚBLICO

 AEROPUERTO CENTRAL DE AUTOBUSES CENTRO COMERCIAL CENTRO COMUNITARIO CENTRO CULTURAL CENTRO DEPORTIVO CENTRO RECREATIVO ESCUELA O NEGOCIO ESTACIONAMIENTO EXPLANADA INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES JARDÍN O PARQUE MERCADO TEMPLO RELIGIOSO OTRO ESPECIFIQUE: _____

__ TRANSPORTE FORÁNEO

 AUTOBÚS AVIÓN BARCO FERROCARRIL LANCHAS TREN SUBURBANO OTRO ESPECIFIQUE: _____

__ TRANSPORTE PRIVADO

 EMPRESA PARTICULAR OTRO ESPECIFIQUE: _____

__TRANSPORTE URBANO

AUTOBÚS METRO METROBÚS MICROBÚS TAXI TROLEBÚS TURIBUS OTRO ESPECIFIQUE: _____

¿EL LUGAR DE LOS HECHOS ES EL MISMO DOMICILIO DE LA VÍCTIMA?: SI NO

• **UBICACIÓN DE LOS HECHOS:**

 CALLE/CAMINO/CARRETERA N° EXT. /KM N° INT. COLONIA/BARRIO/PUEBLO/LOCALIDAD Y EJIDO

 *PAÍS *ESTADO *MUNICIPIO CÓDIGO POSTAL

• **FECHA DE LOS HECHOS**

 *FECHA (DD/MM/AAAA) HORA DE LA AGRESIÓN (23:59) ¿ES DÍA FESTIVO? DÍA DE LA SEMANA

AUTORIDADES

*¿CONOCE ALGUNA AUTORIDAD DE ESTE ASUNTO? SI NO ESPECIFIQUE: _____

***Efectos de la Violencia (Se pueden seleccionar varias)**

EFFECTOS FÍSICOS ¿QUÉ LE CAUSÓ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EFFECTOS PSICOLÓGICOS ¿CÓMO SE SIENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EFFECTOS ECONÓMICOS Y PATRIMONIALES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ÁREA ANATÓMICA LESIONADA ¿PARTE DEL CUERPO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AGENTE DE LA LESIÓN ¿CÓMO LA AGREDIÓ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONSECUENCIAS SEXUALES ¿QUÉ LE CAUSÓ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN / AVULSIÓN <input type="checkbox"/> CICATRICES <input type="checkbox"/> CONGELAMIENTO <input type="checkbox"/> CONTUSIÓN / HEMATOMA <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA <input type="checkbox"/> FRACTURA <input type="checkbox"/> HERIDA <input type="checkbox"/> LACERACIÓN / ABRASIÓN <input type="checkbox"/> LUXACIÓN / ESGUINCE <input type="checkbox"/> MUERTE <input type="checkbox"/> QUEMADURA / CORROSIÓN <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> ANGSTIA O MIEDO <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN <input type="checkbox"/> ENCOPRESIS <input type="checkbox"/> ENURESIS <input type="checkbox"/> ESTRÉS <input type="checkbox"/> POSTRAUMÁTICO <input type="checkbox"/> IDEACIÓN SUICIDA <input type="checkbox"/> INTENTO SUICIDA <input type="checkbox"/> PÉRDIDA O AUMENTO DE APETITO <input type="checkbox"/> PROBLEMAS NERVIOSOS <input type="checkbox"/> TRASTORNO DE SUEÑO <input type="checkbox"/> TRASTORNOS DE ANSIEDAD <input type="checkbox"/> TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS <input type="checkbox"/> TRISTEZA O AFLICCIÓN <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> DEJO DE ESTUDIAR <input type="checkbox"/> IMPOSIBILIDAD PARA TRABAJAR Y/O ESTUDIAR <input type="checkbox"/> NO RECIBE GASTO <input type="checkbox"/> NO OTORGA ALIMENTOS <input type="checkbox"/> NO RECIBE PENSIÓN ALIMENTICIA <input type="checkbox"/> PERDIÓ EL EMPLEO <input type="checkbox"/> PERDIÓ PROPIEDADES <input type="checkbox"/> PERDIÓ PROPIEDADES POR MENOSCABO EN SU PATRIMONIO PERSONAL O FAMILIAR <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> CABEZA <input type="checkbox"/> CARA <input type="checkbox"/> COLUMNA VERTEBRAL <input type="checkbox"/> CUELLO <input type="checkbox"/> ESPALDA <input type="checkbox"/> EXTREMIDADES INFERIORES <input type="checkbox"/> EXTREMIDADES SUPERIORES <input type="checkbox"/> GLÚTEOS <input type="checkbox"/> MANOS <input type="checkbox"/> PELVIS <input type="checkbox"/> PIES <input type="checkbox"/> REGIÓN ANAL <input type="checkbox"/> REGIÓN BUCAL <input type="checkbox"/> REGIÓN GENITAL <input type="checkbox"/> REGIÓN OCULAR <input type="checkbox"/> SENOS <input type="checkbox"/> TÓRAX <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> ARMA CONTUNDENTE <input type="checkbox"/> ARMA DE FUEGO <input type="checkbox"/> ARMA PUNZOCORTANTE <input type="checkbox"/> GOLPES <input type="checkbox"/> PARTE DEL CUERPO <input type="checkbox"/> QUEMADURAS <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> ARDOR VAGINAL <input type="checkbox"/> DESGARRE <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> SANGRADO <input type="checkbox"/> LESIÓN VAGINAL <input type="checkbox"/> LESIÓN ANAL <input type="checkbox"/> LESIÓN BUCAL <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE _____

Perfil de la Víctima

• **DATOS ECONÓMICOS**

***ACTIVIDAD QUE REALIZA**

ESTUDIA JUBILADA/PENSIONADA TRABAJO EN EL HOGAR TRABAJA FUERA DEL HOGAR SE DESCONOCE ACTIVIDADES ILÍCITAS OTRO: _____

FUENTE DE INGRESOS: SI NO

VIVIENDA: COMODATO (PRESTADA) PROPIA RENTADA **INGRESOS MENSUALES:** _____ M.N

SERVICIO MÉDICO: GOBIERNO ESTATAL IMSS ISSSTE SEGURO POPULAR SEGURO PRIVADO BECAS PARA EL BIENESTAR PEMEX SEDENA SECMAR NINGUNO OTRO: _____

FORMACIÓN EDUCATIVA

¿SABE LEER? SI NO ¿SABE ESCRIBIR? SI NO

***ESCOLARIDAD:** PREESCOLAR PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA LICENCIATURA MAESTRÍA DOCTORADO CARRERA TÉCNICA COMERCIAL ESTUDIOS QUE NO REQUIEREN VALIDEZ OFICIAL NO IDENTIFICADO NINGUNA

*** SALUD FÍSICA**

CONSUME ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO

CONSUME ALGUN TIPO DE ESTUPEFACIENTES

ESTÁ EMBARAZADA SI ___ NO ___

SI ___ NO ___ ESPECIFIQUE _____

SI ___ NO ___ ESPECIFIQUE _____

MARCA CON UNA X LA RESPUESTA DE CADA PREGUNTA

POR ALGÚN PROBLEMA DE SALUD ¿CUÁNTA DIFICULTAD TIENE LA VÍCTIMA PARA...?	NO PUEDE HACERLO	LO HACE CON DIFICULTAD	LO HACE CON POCA DIFICULTAD	NO TIENE DIFICULTAD
*CAMINAR, SUBIR O BAJAR SUS PIES				
*VER (AUNQUE USE LENTES)				
*MOVER O USAR BRAZOS Y MANOS				
*APRENDER, RECORDAR O CONCENTRARSE				
*ESCUCHAR (AUNQUE USE APARATO AUDITIVOS)				
*BAÑARSE, VESTIRSE O COMER				
*HABLAR O COMUNICARSE (POR EJEMPLO, ENTENDER O SER ENTENDIDO POR OTROS)				
POR PROBLEMAS EMOCIONALES O MENTALES ¿DIFICULTADES QUE TIENE LA USUARIA PARA HACER SUS ACTIVIDADES DIARIAS (CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA)? COMO: AUTISMO, DEPRESIÓN, BIPOLARIDAD, ESQUIZOFRENIA				

- LA DIFICULTAD DE LA VÍCTIMA PARA (OPCIONES MARCADAS CON "NO PUEDE HACERLO" A "LO QUE HACE CON POCA DIFICULTAD")

ENFERMEDAD EDAD AVANZADA ASÍ NACIÓ ACCIDENTE VIOLENCIA OTRAS CAUSAS ESPECIFIQUE: _____

REDES DE APOYO PERSONAL

*** TIPO DE RELACIÓN**

PERSONALES Y FAMILIARES LABORAL DOCENTE COMUNITARIO/SOCIAL INSTITUCIONAL OTRO ESPECIFIQUE: _____

*** TIPO DE APOYO**

ECONÓMICA EMOCIONAL ESTRUCTURAL CONSEJO O ASESORÍA VIVIENDA LABORAL ALIMENTARIO RELIGIOSO SALUD MANEJO MEDICO

LEGAL CAPACITACIÓN OTRO ESPECIFIQUE: _____

NOMBRE _____ PARENTESCO _____ TELÉFONO _____

Datos Generales de Persona Agresora

*¿TIENE INFORMACIÓN ADICIONAL DEL O LA(S) PROBABLE(S) PERSONA(S) AGRESORA(S)? SI NO

PROBABLE PERSONA AGRESORA: ÚNICO MÁS DE UNO EDAD APROXIMADA _____

PROBABLE PERSONA AGRESORA: HOMBRE MUJER OTRO ESPECIFIQUE: _____

• BÚSQUEDA DE PERSONA AGRESORA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)	EDAD/EDAD APROXIMADA	ALIAS

CURP ESTADO

• VINCULO

***TIPO DE RELACIÓN O VÍNCULO CON LA VÍCTIMA (SELECCIONAR SÓLO UNO)**

___ EN LA COMUNIDAD: VECINO(A) OTROS ESPECIFIQUE: _____

___ FAMILIAR: ABUELO(A) CÓNYUGE O PAREJA EX PAREJA HERMANO(A) HIJO(A) MADRE O PADRE CONCUBINO(A) NIETO(A) NOVIO(A) PADRASTRO O MADRASTRA PRIMO(A) SOBRINO(A) SUEGRO(A) TÍO(A) OTRO ESPECIFIQUE: _____

___ INSTITUCIONAL: SERVIDOR PÚBLICO

___ LABORAL Y DOCENTE: COMPAÑERO(A) JEFE(A) PATRÓN(A) PROFESOR(A) OTRO ESPECIFICAR: _____

___ OTRO: ESPECIFICAR _____

• OTROS DATOS GENERALES DE PERSONA AGRESORA

SITUACIÓN CONYUGAL	*SEXO	H/M OTRO ESPECIFIQUE	FECHA DE NACIMIENTO	*EDAD/EDAD APROXIMADA
• DATOS DE NACIMIENTO: _____				
	PAÍS DE NACIMIENTO	ESTADO DE NACIMIENTO	CURP	
• IDIOMA HABLE ESPAÑOL <input type="checkbox"/> LENGUA EXTRANJERA <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE _____				
*PERTENECE A UN GRUPO ÉTNICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE <input type="checkbox"/> *CUÁL: _____ OTRO ESPECIFIQUE: _____				
• CALIDAD DE AGRESOR O AGRESORA:				
___ DENUNCIADIANA-FOLIO: _____				
___ INDICIADO- NÚM. DE AVERIGUACIÓN PREVIA: _____				
___ ACUSADO/PROCESADO- CAUSA PENAL: _____				
___ SENTENCIADO- CAUSA PENAL: _____				
___ IMPUTADO- CAUSA PENAL: _____				
___ NO ESPECIFICADO				

Domicilio del Agresor*ES EL MISMO DOMICILIO DE LA VÍCTIMA: SI NO SE DESCONOCE

CALLE/CAMINO/CARRETERA

NO. EXT/KM

NO. INT.

COLONIA/BARRIO/PUEBLO/LOCALIDAD/EJIDO

*PAÍS

*ESTADO

*MUNICIPIO

CÓDIGO POSTAL

Perfil del Agresor• **DATOS ECONÓMICOS****PRINCIPAL ACTIVIDAD QUE REALIZA ACTUALMENTE ACTIVIDAD:**ESTUDIA JUBILADO/PENSIONADO TRABAJA EN EL HOGAR TRABAJA FUERA DEL HOGAR SE DESCONOCE ACTIVIDAD ILÍCITA NINGUNO OTRO

ESPECIFIQUE: _____

PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS: AHORROS HERENCIA PENSIONES REMESAS RENTAS TRABAJO FORMAL TRABAJO INFORMAL OTRO

ESPECIFIQUE: _____

VIVIENDA: COMODATO (PRESTADA) RENTADA PROPIA **SERVICIO MÉDICO:** GOBIERNO ESTATAL IMSS ISSSTE SEGURO POPULAR SEGURO PRIVADO BECAS PARA EL BIENESTAR PEMEX SEDENA SECMAR NINGUNO OTRO: _____**FORMACIÓN EDUCATIVA**¿SABE LEER? SI NO ¿SABE ESCRIBIR? SI NO ***ESCOLARIDAD:** PREESCOLAR PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA LICENCIATURA MAESTRÍA DOCTORADO CARRERA TÉCNICA COMERCIAL ESTUDIOS QUE NO REQUIEREN VALIDEZ OFICIAL NO IDENTIFICADO NINGUNA **Factores de riesgo**• **DROGAS*****DURANTE LA AGRESIÓN ESTABA BAJO EL EFECTO DE ALGUNA DROGA** SI NO SE DESCONOCE *¿**LA CONSUME DE MANERA COTIDIANA?** SI NO SE DESCONOCE NO APLICA *¿**CUÁL?** ALCOHOL DROGAS POR INDICACIÓN MÉDICA DROGAS ILEGALES • **ARMAS***¿**POSEE ALGÚN TIPO DE ARMAS?** SI NO SE DESCONOCE ¿**PORTA DICHA ARMA?** SI NO SE DESCONOCE ¿**CUÁL?** CHACOS MACANAS OTRA ARMA BLANCA OBJETO PUNZO CORTANTE MACHETE PROYECTIL ARMA DE FUEGO CORTA ARMA DE FUEGO LARGA OTRA ARMA DE FUEGO

Aviso de privacidad: Autorizo para que los datos proporcionados por la suscrita se incorporen a un sistema de datos personales, con la finalidad de generar una base de datos y de estadística, resguardados por el personal de este Organismo, autorizando así mismo, que estos datos sean transmitidos al Banco Estatal de Datos e Información sobre Casos y Delitos de Violencia contra las Mujeres de acuerdo al artículo 22 de la LGPDPPSO, garantizando el manejo confidencial de los datos personales, aplicando las medidas de seguridad y custodia que correspondan conforme a lo establecido por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Nuevo León.

USUARIA: _____

(NOMBRE Y FIRMA)

FIRMO DE CONFORMIDAD

Los datos e información que aparecen fueron proporcionados por la suscrita.