



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia Contra las Mujeres

Registro Único de Atención a Usuarías



Atendió: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____ Folio: _____
Día Mes Año

DATOS DE LA USUARIA			
Nombre:		Acceso a DDHH	
Lugar de origen:		<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
Fecha de nacimiento:		<input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Justicia <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Trabajo	
Dirección:		<input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Parti. Pública <input type="checkbox"/> Economía <input type="checkbox"/> Des. Prof/Ocup	
Referencia:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Lengua:		<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Oriente	
Religión:		<input type="checkbox"/> Otro Municipio _____ <input type="checkbox"/> Otro Estado _____ <input type="checkbox"/> Otro País _____	
Estado Civil:		Edad:	
<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada Tiempo: _____		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Social:		Discapacidad:	
<input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Noviazgo <input type="checkbox"/> Viuda Tiempo: _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Régimen:		Zona:	
<input type="checkbox"/> S. Legal <input type="checkbox"/> B.		<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Oriente	
Ocupación:		Número de hijos (as) y Edades:	
<input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Subempleada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilada/ Pensionada Ingreso Mensual: _____		Mujeres: _____ Edades: _____ Hombres: _____ Edades: _____ Embarazada: _____	
<input type="checkbox"/> Trabajo doméstico no remunerado <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico remunerado <input type="checkbox"/> Actividad por cuenta propia		Escolaridad:	
<input type="checkbox"/> Trabajo doméstico no remunerado <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico remunerado <input type="checkbox"/> Actividad por cuenta propia		<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria/ Carrera Técnica o Comercial <input type="checkbox"/> Licenciatura o más	
Procedencia Institucional:		Asunto o Problemática:	
Derivación: <input type="checkbox"/> Sede Poniente <input type="checkbox"/> Comunitario Canalización:		<input type="checkbox"/> Recuperación de documentación <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Infidelidad <input type="checkbox"/> Delito Sexual <input type="checkbox"/> Espacio seguro <input type="checkbox"/> Guarda Custodia <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Servicio Solicitado: <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Gestión <input type="checkbox"/> Resguardo			
Antecedentes: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
Derivación:		Canalización:	
<input type="checkbox"/> Trabajo social <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Redes Institucionales <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Plática Código Familiar <input type="checkbox"/> Cómo Denunciar <input type="checkbox"/> Talleres: _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Gestión _____ <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otro : _____	
Nombre de quien recibe: _____			
DATOS DE LA VIOLENCIA ACTUAL			
Generador:		Ámbitos:	Tipo de Violencia declarada:

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ó más		<input type="checkbox"/> Familiar		<input type="checkbox"/> Lab oral <input type="checkbox"/> Comunidad		<input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Económica		<input type="checkbox"/> Física					
Sitio de ocurrencia: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Centro comercial <input type="checkbox"/> Otro: _____				Circunstancia: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Desp. visita familiares ella <input type="checkbox"/> Salida de mo <input type="checkbox"/> Desp. visita familiares él. <input type="checkbox"/> Negativa a solicitudes sexuales <input type="checkbox"/> Toma de decisiones de la receptora <input type="checkbox"/> Discusiones								<input type="checkbox"/> Solicitud de Recursos <input type="checkbox"/> Llanto de hijas-os <input type="checkbox"/> Vida Cotidiana <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Otros: _____			
Agente de la lesión actual: <input type="checkbox"/> No hay lesión <input type="checkbox"/> Objeto punzante <input type="checkbox"/> Mano abierta <input type="checkbox"/> Objeto cortante <input type="checkbox"/> Mano cerrada <input type="checkbox"/> Arma de fuego <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Sustancia química <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Objeto contundente				Lugar lesionado actual: <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Extremidades superiore <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Glúteos <input type="checkbox"/> Pechos <input type="checkbox"/> Genitales <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Espalda				Gravedad de la lesión actual: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Peligro de vida							
ANTECEDENTES															
Otros episodios: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad adulta <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Infancia <input type="checkbox"/> Noviazgo <input type="checkbox"/> Adolescencia				Problemáticas Asociadas: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Pensamientos <input type="checkbox"/> Pérdida de Recursos <input type="checkbox"/> Suicidas <input type="checkbox"/> Pérdidas de Posibilidades de desarrollo <input type="checkbox"/> Intentos Suicidas								<input type="checkbox"/> Daño Auto infringido <input type="checkbox"/> Desahilitación de Redes de Apoyo <input type="checkbox"/> Daño Físico/Médico			
DATOS DE LA PERSONA QUE GENERA VIOLENCIA															
Nombre: _____ Ocupación: _____ Ingreso: _____ Edad: _____															
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			Relación con la persona Generadora de violencia: <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Ex- esposo-a o <input type="checkbox"/> Novio-a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Persona conocida <input type="checkbox"/> Esposo-a o Concubino- <input type="checkbox"/> Concubino-a <input type="checkbox"/> Ex-novio-a <input type="checkbox"/> Hermano-a <input type="checkbox"/> Persona Desconocida <input type="checkbox"/> Ex-pareja <input type="checkbox"/> Amante <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo-a <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Pariente												
Antecedentes de violencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> A sí mismo-a <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Misma receptora <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Otra mujer <input type="checkbox"/> Otro hombre				Acciones realizadas: <input type="checkbox"/> Silencio <input type="checkbox"/> Comentarios a <input type="checkbox"/> Denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más <input type="checkbox"/> Denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más <input type="checkbox"/> Denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más								<input type="checkbox"/> Fue con parientes <input type="checkbox"/> Fue con amistades <input type="checkbox"/> Fue con conocidos <input type="checkbox"/> Fue con desconocidos <input type="checkbox"/> Fue calle <input type="checkbox"/> Fue refugio <input type="checkbox"/> Fue albergue <input type="checkbox"/> Otro: _____			
COSTOS DE VIOLENCIA															
Servicios usados a causa de la violencia: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Apoyo en gestión <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Reactivación de redes sociales <input type="checkbox"/> Atención psicológica <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> Apoyos económicos <input type="checkbox"/> Asesoría jurídica <input type="checkbox"/> Apoyos académicos				Tipo de Intervención: <input type="checkbox"/> Unidisciplinaria <input type="checkbox"/> Interdisciplinaria		Niveles de intervención Institucional: <input type="checkbox"/> Detección de Necesidades <input type="checkbox"/> Información <input type="checkbox"/> Orientación <input type="checkbox"/> Derivación <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Prot. de seguridad <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Plan de seguridad									
Diligencias (s): <input type="checkbox"/> Acompañamiento ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Gestión de Servicios ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Activación de redes de apoyo: <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Familiar			Llamada(s): <input type="checkbox"/> ¿A dónde? _____		Elementos de peligrosidad: _____ _____ _____ _____ _____			Elementos de vulnerabilidad: _____ _____ _____ _____ _____							
Nivel de Riesgo: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Peligro de vida															

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS SENSIBLES

Por la presente hago constar que he leído el aviso de privacidad de este escrito y manifiesto el cedimiento de proporcionar mis datos sensibles (Discapacidad, datos de la violencia actual, antecedentes, datos de la persona que genera la violencia y costos de la violencia), a favor del Municipio de Mérida.

Reconozco que cedo estos derechos voluntariamente para el formato:

“Registro unico de atención a usuarias”.

Es mi deseo establecer que, de acuerdo a lo señalado en las Leyes citadas, esta organización cuenta con mi autorización, estableciendo que se utilizará única y exclusivamente para los fines antes señalados.

Autorizo para que mis datos sensibles (discapacidad) sea utilizada durante el tiempo que sea adecuado.

En la ciudad de Mérida, Yucatán, a _____ dé _____ de 20____.

Nombre completo: _____

Teléfono y/o Correo electrónico: _____

Firma: _____

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO:
REGISTRO UNICO DE ATENCIÓN A USUARIAS**

El Municipio de Mérida a través del departamento de Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres, perteneciente a la Dirección del Instituto de la Mujer, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcionan; los cuales se señalan a continuación: El nombre, Lugar de origen, fecha de nacimiento, dirección, lengua, religión, teléfono, estado civil, edad, sexo, número de hijos, escolaridad y ocupación, proporcionados en el presente formato.

Los datos personales solicitados de manera física serán con la finalidad de:

- Otorgar el servicio de atención especializada a la Violencia Contra las Mujeres a las mujeres que lo solicitan.

De manera adicional utilizaremos su información para las siguientes finalidades:



- Para el seguimiento al servicio otorgado a la usuaria
- Elaboración de indicadores
- Evaluación a los servicios prestados por el instituto.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo de manera libre ante la Unidad de Transparencia, ubicada en calle 50 no. 471 por 51 y 53 centro de esta ciudad de Mérida, Yucatán previamente al tratamiento de los mismos; en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 14: 00 hrs.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los usos de los derechos que pueda usted hacer valer consulte nuestro aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica

www.merida.gob.mx/avisodirecciones.

Mérida, Yucatán a 29 de abril de 2019 (última actualización)



INSTITUTO MUNICIPAL DE LA MUJER
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES
REGISTRO DIARIO DE OBSERVACIONES/ATENCIÓN A MENORES DE EDAD

Atendió: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____ Folio: _____
Día Mes Año

DATOS DEL O LA MENOR			
Nombre:			Discapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lugar de origen:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Fecha de nacimiento:			
Dirección:		Zona: <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Otra comisaría _____ <input type="checkbox"/> Oriente <input type="checkbox"/> Otra ciudad _____ <input type="checkbox"/> Poniente <input type="checkbox"/> Otro País _____	
Referencia:	Colonia o Comisaría:		
Lengua:	Religión:	Teléfono Domicilio:	
		Escolaridad: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria	
Derivación: Psicologico. Jurídico. <input type="checkbox"/> Sede Poniente	Asunto o Problemática: <input type="checkbox"/> Violencia Familiar <input type="checkbox"/> Duelo por perdida de alguno de los padres <input type="checkbox"/> Guarda Custodia <input type="checkbox"/> Duelo por separación de los <input type="checkbox"/> Delito Sexual <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Angustia de separación. <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Canalización: Servicio Solicitado: <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Gestión <input type="checkbox"/> Resguardo			
Antecedentes: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
Derivación: <input type="checkbox"/> Trabajo social <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Talleres: <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Plática Código _____ <input type="checkbox"/> Redes Institucionales <input type="checkbox"/> Familiar _____ <input type="checkbox"/> Cómo Denunciar _____		Canalización: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Gestión _____ <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otro : _____	
Nombre de quien recibe: _____			
Con base al Art. 22, Fracc. III y V de la Ley de Acceso a la Información Pública para el Estado y los Municipios del Estado de Yucatán, los datos personales que nos proporcionan son totalmente confidenciales y serán utilizados para dar seguimiento a la atención y servicio que nos solicitan.			

DATOS DE LA VIOLENCIA ACTUAL			
Generador: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ó más	Ámbitos: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Comunidad	Tipo de Violencia declarada: <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Física	
Sitio de ocurrencia: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Centro comercial <input type="checkbox"/> Otro: _____	Circunstancia: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Salida de la receptora <input type="checkbox"/> Desp. visita familiares ella <input type="checkbox"/> Desp. visita familiares él. <input type="checkbox"/> Negativa a solicitudes sexuales <input type="checkbox"/> Toma de decisiones de la receptora <input type="checkbox"/> Discusiones <input type="checkbox"/> Solicitud de Recursos <input type="checkbox"/> Llanto de hijas-os <input type="checkbox"/> Vida Cotidiana		
Agente de la lesión actual: <input type="checkbox"/> No hay lesión <input type="checkbox"/> Mano abierta <input type="checkbox"/> Mano cerrada <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Objeto punzante <input type="checkbox"/> Objeto cortante <input type="checkbox"/> Arma de fuego <input type="checkbox"/> Sustancia química	Lugar lesionado actual: <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Pechos <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Extremidades superiores <input type="checkbox"/> Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> Glúteos <input type="checkbox"/> Genitales	Gravedad de la lesión actual: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Peligro de vida	
ANTECEDENTES			
Otros episodios: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Infancia <input type="checkbox"/> Adolescencia <input type="checkbox"/> Edad adulta <input type="checkbox"/> Noviazgo <input type="checkbox"/> Embarazo	Problemáticas Asociadas: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas <input type="checkbox"/> Intentos Suicidas <input type="checkbox"/> Daño Auto infrigido <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Pérdida de Recursos <input type="checkbox"/> Pérdidas de Posibilidades de desarrollo <input type="checkbox"/> Desahilitación de Redes de Apoyo <input type="checkbox"/> Daño Físico/Médico		
DATOS DE LA PERSONA QUE GENERA VIOLENCIA			
Nombre: _____ Ocupación: _____ Ingreso: _____ Edad: _____			
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con la persona Generadora de violencia: <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Ex-esposo o Concubino <input type="checkbox"/> Amante <input type="checkbox"/> Novio-a <input type="checkbox"/> Ex-novio-a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano-a <input type="checkbox"/> Hijo-a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Persona conocida <input type="checkbox"/> Persona Desconocida		
Antecedentes de violencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> A sí mismo <input type="checkbox"/> Misma receptora <input type="checkbox"/> Otra mujer <input type="checkbox"/> Otro hombre	<input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____ _____	Acciones realizadas: <input type="checkbox"/> Silencio <input type="checkbox"/> Comentarios a familiares <input type="checkbox"/> Denuncia anterior: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más <input type="checkbox"/> Denuncia retirada: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más <input type="checkbox"/> Salida del hogar: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más <input type="checkbox"/> Fue con parientes <input type="checkbox"/> Fue con amistades <input type="checkbox"/> Fue con conocidos <input type="checkbox"/> Fue con desconocidos <input type="checkbox"/> Fue calle <input type="checkbox"/> Fue refugio <input type="checkbox"/> Fue albergue	
COSTOS DE VIOLENCIA			
Servicios usados a causa de la violencia: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Atención psicológica <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> Asesoría jurídica	<input type="checkbox"/> Apoyo en gestión <input type="checkbox"/> Reactivación de redes sociales <input type="checkbox"/> Apoyos económicos <input type="checkbox"/> Apoyos académicos <input type="checkbox"/> Apoyo de vivienda	Tipo de Intervención: <input type="checkbox"/> Unidisciplinaria <input type="checkbox"/> Interdisciplinaria	Niveles de intervención Institucional: <input type="checkbox"/> Detección de Necesidades <input type="checkbox"/> Información <input type="checkbox"/> Orientación <input type="checkbox"/> Derivación <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Prot. de seguridad <input type="checkbox"/> Plan de seguridad
Diligencias (s): <input type="checkbox"/> Acompañamiento ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Gestión de Servicios ¿Cuál? _____	Llamada (s): <input type="checkbox"/> ¿A dónde? _____ _____ _____	Elementos de peligrosidad: _____ _____ _____ _____	Elementos de vulnerabilidad: _____ _____ _____ _____
Nivel de Riesgo: _____			

Leve

Grave

Moderada

Peligro de vida

INSTITUTO DE LA MUJER
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES
REGISTRO ÚNICO DE ATENCIÓN A USUARIAS

Atendió: **persona que llena la consultoría** Fecha: ___/___/___ Hora: **en que se inicia llenado** Folio: **consecutivo**
Día Mes Año

DATOS DE LA USUARIA			
Nombre: completo de usuaria		Acceso a DDHH Llenar de acuerdo a anexo 1	
Lugar de origen: Ciudad/comisaria/población y Estado donde nació		<input type="checkbox"/> Identidad	<input type="checkbox"/> Propiedad
Fecha de nacimiento: fecha que aparece en acta de nacimiento		<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Parti. Pública
		<input type="checkbox"/> Justicia	<input type="checkbox"/> Economía
		<input type="checkbox"/> Educación	<input type="checkbox"/> Des. Prof/Ocup
Dirección: Calle/#/cruceamientos de donde se encuentra al momento que acude al IMM		Zona:	
Referencia: cercano a domicilio		<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Oriente <input type="checkbox"/> OtroM <input type="checkbox"/> Otro E <input type="checkbox"/> Otro P	
Lengua:	Religión:	Colonia o Comisaría: de domicilio proporcionado	Número de hijos (as) y Edades:
		Teléfono: Domicilio:	
Estado Social/ Civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Noviazgo <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Amasado Tiempo: _____		Régimen: <input type="checkbox"/> S. Legal <input type="checkbox"/> B. Separados	Mujeres: _____ Hombres: _____ Embarazada: _____
Ocupación: <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico no remunerado <input type="checkbox"/> Subempleada <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico remunerado <input type="checkbox"/> Jubilada/ Pensionada <input type="checkbox"/> Actividad por cuenta propia Ingreso Mensual: _____ <input type="checkbox"/> Microempresaria <input type="checkbox"/> Profesionista: _____		Escolaridad: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir	
Procedencia Institucional: Derivación: de comunitario <input type="checkbox"/> Sede Poniente <input type="checkbox"/> Comunitario otras colonias/comisarias Canalización: Otra Institución		Asunto o Problemática: <input type="checkbox"/> Violencia Familiar <input type="checkbox"/> Infidelidad <input type="checkbox"/> Espacio seguro <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Delito Sexual <input type="checkbox"/> Guarda Custodia <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	
Servicio Solicitado: <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Gestión <input type="checkbox"/> Resguardo			
Antecedentes: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
Derivación: áreas del depto. a los que se envía para servicios en otra visita a <input type="checkbox"/> Trabajo social <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Talleres: <input type="checkbox"/> Asesoría		Canalización: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Gestión	

<input type="checkbox"/> Jurídico	<input type="checkbox"/> Plática Código Familiar	_____	<input type="checkbox"/> Educación	<input type="checkbox"/> Gestión
<input type="checkbox"/> Redes Institucionales	<input type="checkbox"/> Cómo Denunciar	_____	<input type="checkbox"/> Otro : _____	

Nombre de quien recibe: _____

Con base al Art. 22, Fracc. III y V de la Ley de Acceso a la Información Pública para el Estado y los Municipios del Estado de Yucatán, proporciones son totalmente confidenciales y serán utilizados para dar seguimiento a la atención y servicio que nos solicitan.

DATOS DE LA VIOLENCIA ACTUAL

Generador: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ó más	Ámbitos: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitad <input type="checkbox"/> Escolar	Tipo de Violencia declarada: <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Otra: _____
---	--	--

Sitio de ocurrencia: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Centro comercial <input type="checkbox"/> Otro: _____	Circunstancia: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Desp. visita familiares ella <input type="checkbox"/> Salida de la receptora <input type="checkbox"/> Desp. visita familiares él. <input type="checkbox"/> Negativa a solicitudes sexuales <input type="checkbox"/> Toma de decisiones de la receptora <input type="checkbox"/> Discusiones
--	--

Agente de la lesión actual: <input type="checkbox"/> No hay lesión <input type="checkbox"/> Objeto punzante <input type="checkbox"/> Mano abierta <input type="checkbox"/> Objeto cortante <input type="checkbox"/> Mano cerrada <input type="checkbox"/> Arma de fuego <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Sustancia química <input type="checkbox"/> Pie	Lugar lesionado actual: <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Extremidades superiores <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Glúteos <input type="checkbox"/> Pechos <input type="checkbox"/> Genitales <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Espalda
---	--

ANTECEDENTES

Otros episodios: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad adulta <input type="checkbox"/> Infancia <input type="checkbox"/> Noviazgo <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Adolescencia	Problemáticas Asociadas: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Daño Auto infringido <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Intentos Suicidas <input type="checkbox"/> Pérdida de Recursos <input type="checkbox"/> Pérdidas de Posibilidades de desarrollo
---	--

DATOS DE LA PERSONA QUE GENERA VIOLENCIA

Nombre: _____

Ocupación: _____ Ingreso: _____

Edad: _____

Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con la persona Generadora de violencia: <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Ex- esposo o <input type="checkbox"/> Novio-a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Esposo o <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/> Ex-novio-a <input type="checkbox"/> Hermano-a <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/> Amante <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo-a <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Pariente
---	--

Antecedentes de violencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A sí mismo <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Misma receptora <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Otra mujer _____ <input type="checkbox"/> Otro hombre _____	Acciones realizadas: <input type="checkbox"/> Silencio <input type="checkbox"/> Fue con pa <input type="checkbox"/> Comentarios a familiares <input type="checkbox"/> Fue con ar <input type="checkbox"/> Denuncia anterior: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más <input type="checkbox"/> Fue con co <input type="checkbox"/> Denuncia retirada: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más <input type="checkbox"/> Fue con de <input type="checkbox"/> Salida del hogar: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más <input type="checkbox"/> Fue calle <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Fue refugic <input type="checkbox"/> Fue albergi <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

COSTOS DE VIOLENCIA

Servicios usados a causa de la violencia: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Atención psicológica <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> Asesoría jurídica		<input type="checkbox"/> Apoyo en gestión <input type="checkbox"/> Reactivación de redes sociales <input type="checkbox"/> Apoyos económicos <input type="checkbox"/> Apoyos académicos <input type="checkbox"/> Apoyo de vivienda	Tipo de Intervención: <input type="checkbox"/> Unidisciplinaria <input type="checkbox"/> Interdisciplinaria	Niveles de intervención Ins <input type="checkbox"/> Detección de Necesidades <input type="checkbox"/> Información <input type="checkbox"/> Orientación <input type="checkbox"/> Derivación <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Legal
Diligencias (s): <input type="checkbox"/> Acompañamiento ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Gestión de Servicios ¿Cuál? _____	Llamada (s): <input type="checkbox"/> ¿A dónde?_____ _____ _____	Elementos de peligrosidad: _____ _____ _____ _____ _____	Elementos de vulnerabilidad: _____ _____ _____ _____ _____	
Nivel de Riesgo: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Peligro de vida				

10

<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	Edad: años cumplidos
Discapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Municipio _____ Estado _____ País _____	
Edades: ____ Edades: _____ ____ Edades: _____ ____	
<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura o más	
Amenazas Otros: _____	
O _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Local	

<input type="checkbox"/> Legal
los datos personales que nos
:
Patrimonial <input type="checkbox"/> Física Económica
<input type="checkbox"/> Solicitud de Recursos <input type="checkbox"/> Llanto de hijas-os <input type="checkbox"/> Vida Cotidiana <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Otros:
Gravedad de la lesión actual:
<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Peligro de vida
<input type="checkbox"/> Desahilitación de Redes de Apoyo <input type="checkbox"/> Daño Físico/Médico
<input type="checkbox"/> Persona conocida <input type="checkbox"/> Persona Desconocida
orientes nistades nocidos :sonocidos
)
ue

stitucional:

s

nal Prot. de seguridad
 Plan de seguridad



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor
Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia Contra las Mujeres
Registro Único de Atención a Usuarias



AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS SENSIBLES

Por la presente hago constar que he leído el aviso de privacidad de este escrito y manifiesto el cedimiento de proporcionar mis datos sensibles (Discapacidad, datos de la violencia actual, antecedentes, datos de la persona que genera la violencia y costos de la violencia), a favor del Municipio de Mérida.

Reconozco que cedo estos derechos voluntariamente para el formato:
"Registro unico de atención a usuarias".

Es mi deseo establecer que, de acuerdo a lo señalado en las Leyes citadas, esta organización cuenta con mi autorización, estableciendo que se utilizará única y exclusivamente para los fines antes señalados.

Autorizo para que mis datos sensibles (discapacidad) sea utilizada durante el tiempo que sea adecuado.

En la ciudad de Mérida, Yucatán, a _____ de _____ de 20__.

Nombre completo: _____

Teléfono y/o Correo electrónico: _____

Firma: _____

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO: REGISTRO UNICO DE ATENCIÓN A USUARIAS

El Municipio de Mérida a través del departamento de Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres, perteneciente a la Dirección del Instituto de la Mujer, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcionan; los cuales se señalan a continuación: El nombre, Lugar de origen, fecha de nacimiento, dirección, lengua, religión, teléfono, estado civil, edad, sexo, número de hijos, escolaridad y ocupación, proporcionados en el presente formato.

Los datos personales solicitados de manera física serán con la finalidad de:

- Otorgar el servicio de atención especializada a la Violencia Contra las Mujeres a las mujeres que lo solicitan.

De manera adicional utilizaremos su información para las siguientes finalidades:



- Seguimiento al servicio otorgado a la usuaria
- Elaboración de indicadores
- Evaluación a los servicios prestados por el instituto.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo de manera libre ante la Unidad de Transparencia, ubicada en calle 50 no. 471 por 51 y 53 centro de esta ciudad de Mérida, Yucatán previamente al tratamiento de los mismos; en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 14: 00 hrs.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los usos de los derechos que pueda usted hacer valer consulte nuestro aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica

www.merida.gob.mx/avisodirecciones .

Mérida, Yucatán a 29 de abril de 2019 (última actualización)



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor
Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia Contra las Mujeres
Registro Único de Atención a Usuarías



AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS SENSIBLES

Por la presente hago constar que he leído el aviso de privacidad de este escrito y manifiesto el cedimiento de proporcionar mis datos sensibles (Discapacidad, datos de la violencia actual, antecedentes, datos de la persona que genera la violencia y costos de la violencia), a favor del Municipio de Mérida.

Reconozco que cedo estos derechos voluntariamente para el formato:

“Registro unico de atención a usuarias”.

Es mi deseo establecer que, de acuerdo a lo señalado en las Leyes citadas, esta organización cuenta con mi autorización, estableciendo que se utilizará única y exclusivamente para los fines antes señalados.

Autorizo para que mis datos sensibles (discapacidad) sea utilizada durante el tiempo que sea adecuado.

En la ciudad de Mérida, Yucatán, a _____ de _____ de 20__.

Nombre completo: _____

Teléfono y/o Correo electrónico: _____

Firma: _____

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO: REGISTRO UNICO DE ATENCIÓN A USUARIAS

El Municipio de Mérida a través del departamento de Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres, perteneciente a la Dirección del Instituto de la Mujer, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcionan; los cuales se señalan a continuación: El nombre, Lugar de origen, fecha de nacimiento, dirección, lengua, religión, teléfono, estado civil, edad, sexo, número de hijos, escolaridad y ocupación, proporcionados en el presente formato.

Los datos personales solicitados de manera física serán con la finalidad de:

- Otorgar el servicio de atención especializada a la Violencia Contra las Mujeres a las mujeres que lo solicitan.

De manera adicional utilizaremos su información para las siguientes finalidades:



- Dar seguimiento al servicio otorgado a la usuaria
- Elaboración de indicadores
- Evaluación a los servicios prestados por el instituto.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo de manera libre ante la Unidad de Transparencia, ubicada en calle 50 no. 471 por 51 y 53 centro de esta ciudad de Mérida, Yucatán previamente al tratamiento de los mismos; en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 14: 00 hrs.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los usos de los derechos que pueda usted hacer valer consulte nuestro aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica

www.merida.gob.mx/avisodirecciones.

Mérida, Yucatán a 29 de abril de 2019 (última actualización)

Atendió: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____ Folio: _____
 Día Mes Año

DATOS DE LA USUARIA			
Nombre:		Acceso a DDHH	
Lugar de origen:		<input type="checkbox"/> Identidad	<input type="checkbox"/> Propiedad
Fecha de nacimiento:		<input type="checkbox"/> Salud	Discapacidad:
Dirección:		<input type="checkbox"/> Excelente	
Referencia:		<input type="checkbox"/> Bueno	
Lengua:		Zona:	
Religión:		<input type="checkbox"/> Si	
Teléfono:		<input type="checkbox"/> Norte	
Domicilio:		<input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Otro Municipio	
Estado Civil:		Número de hijos(as) y Edad:	
Social:		Mujeres: _____ Edades: _____	
<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Noviazgo		<input type="checkbox"/> S. Legal	
Ocupación:		Escolaridad:	
<input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico no remunerado		<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	
<input type="checkbox"/> Subempleada <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico		<input type="checkbox"/> Analfabe <input type="checkbox"/> Preparator	
Procedencia Institucional:		Asunto o Problemática:	
Derivación:		<input type="checkbox"/> Recuperación de <input type="checkbox"/> Infidelidad <input type="checkbox"/> Espacio <input type="checkbox"/> Amenazas	
Servicio Solicitado: <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Gestión <input type="checkbox"/> Resguardo			
Antecedentes: _____ _____ _____ _____ _____			
Derivación:		Canalización:	
<input type="checkbox"/> Trabajo social <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Talleres:		<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Gestión <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Plática Código Familiar _____		<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Redes			
Nombre de quien recibe: _____ _____ _____			
DATOS DE LA VIOLENCIA ACTUAL			
Generador:		Ámbitos:	
Sitio de ocurrencia:		Tipo de Violencia declarada:	
<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Automóvil		<input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Patrim	
<input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Centro comercial			
<input type="checkbox"/> Otro _____			
Circunstancia:		Lugar lesionado actual:	
<input type="checkbox"/> Alcohólico <input type="checkbox"/> Desp. visita familiares ella <input type="checkbox"/> Solicitud de		<input type="checkbox"/> Discusiones <input type="checkbox"/> Toma de decisiones de la red <input type="checkbox"/> Amenazas	
<input type="checkbox"/> Salida de la <input type="checkbox"/> Desp. visita familiares él. <input type="checkbox"/> Llanto de hi		<input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Extremidades superiores <input type="checkbox"/> Otros: _____	
<input type="checkbox"/> Negativa a solicitudes sexuales <input type="checkbox"/> Vida Cotidia		<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> Leve	
Agente de la lesión actual:		Clave de la lesión:	
<input type="checkbox"/> No hay lesión <input type="checkbox"/> Objeto punzante		<input type="checkbox"/> Otros _____	
<input type="checkbox"/> Mano abierta			
ANTECEDENTES			
Otros episodios:		Problemáticas Asociadas:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad adulta <input type="checkbox"/> Embarazo		<input type="checkbox"/> Daño Auto infringido <input type="checkbox"/> Desahabilit:	
<input type="checkbox"/> Infancia <input type="checkbox"/> Noviazgo		<input type="checkbox"/> Alcohólico <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Redes de A	
		<input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas <input type="checkbox"/> Pérdida de Recursos <input type="checkbox"/> Daño Físico	
		<input type="checkbox"/> Pérdidas de Posibilidades de desarrollo	
DATOS DE LA PERSONA QUE GENERA VIOLENCIA			
Nombre: _____			

Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre		Relación con la persona Generadora de violencia: <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Ex- esposo-a o <input type="checkbox"/> Novio-a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Pr <input type="checkbox"/> Hermano-a	
Antecedentes de violencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> A sí mismo-a <input type="checkbox"/> No se sabe		Acciones realizadas: <input type="checkbox"/> Denuncia anterior: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más <input type="checkbox"/> Fue con parier <input type="checkbox"/> Fue con amist <input type="checkbox"/> Fue con conoc	
COSTOS DE VIOLENCIA			
Servicios usados a causa de la violencia: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Apoyo en gestión <input type="checkbox"/> Atención médica		Tipo de Intervención: <input type="checkbox"/> Unidiscipli	Niveles de intervención Institucional: <input type="checkbox"/> Prot. de <input type="checkbox"/> Detección de <input type="checkbox"/> Plan de :
Diligencias (s): <input type="checkbox"/> Acompañamiento ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Gestión de Servicios		Llamada (s): <input type="checkbox"/> ¿A	Elementos de peligrosidad: _____ _____ _____ _____
Nivel de Riesgo: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Peligro de vida		Elementos de vulnerabilidad: _____ _____ _____ _____	



Edad:

Sexo:

o

PS:

ia/ Carrera

Legal



Física

Recursos
lijas-os
ana

lesión actual:



ación de
Apoyo
o/Médico



persona conocida

ntes
ades
cidos



seguridad
seguridad
