



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ No Exp: _____

TRABAJO SOCIAL

DATOS PERSONALES

Edad

Actual _____

Al iniciar la relación _____

Al iniciar la convivencia en pareja _____

Del primer hecho de violencia _____

Estado conyugal

Soltera ___ Unión libre ___ Casada ___ Separada ___ Divorciada ___ Viuda ___

En trámites de separación / divorcio (SÍ) ___ (NO) ___

Uniones Anteriores (SÍ) ___ (NO) ___ ¿Cuántas? _____

¿Dónde y con quién vivías antes ingresar al refugio?

Nivel de estudios

Sabes leer y escribir _____

Último grado de estudio _____

Profesión / ocupación

Trabajo actual _____

Ubicación _____

Ingreso diario _____ semanal _____ mensual _____ Otro (especificar) _____

Tipo de abuso experimentando

Físico (F) ___ / Psicológico (P) ___ / Sexual (S) ___ / Económico (E) ___

Agresión: Única ___ Frecuente _____

Incidente más grave _____

¿Qué tipo de abuso has experimentado con mayor frecuencia?

Actos cometidos en el abuso

Insultos y amenazas ()

Puñetazos ()

Bofetadas ()

Estrangulamientos ()

Fracturas ()

Retención en el hogar ()

Amenaza con uso de arma ()

Humillación y desvalorización ()

Patadas ()

Mordiscos ()

Empujones ()

Agresiones sexuales ()

Carencias económicas ()

Otros ()



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



Contra los bienes

Romper o tirar objetos de la casa_____

Destrozar sus pertenencias _____

Esconderlas _____

Medios utilizados

Arma Blanca ___

1.- Machete

2.- Navaja

3.- Cuchillo

4.- Picahielo

5.- Otros

Arma de fuego _____

1.- Pistola

2.- Revolver

3.- Otros

Objeto contundente ___

1.- Martillo

2.- Bat

3.- Macana

4.- Otros

Lanzamiento de objetos _____

Otros _____

¿En alguna ocasión has sentido que tu vida ha estado en peligro?

Salidas del hogar

Núm. de veces _____

Lugares a donde ha acudido _____

Tiempo de estancia _____

Adicciones

¿Has tenido o tienes problemas de drogas o alcoholismo?

Frecuencia_____ 1.- Social 2.- Habitual 3.- Adictiva

Recibiste tratamiento_____

¿Dónde?_____

¿Has tenido pensamiento de suicidio?

¿Con qué frecuencia?_____

¿De qué forma? _____

¿Lo has intentado?_____

Estructura del Núcleo Familiar:

Hija(o)s:

Nombre	Padre Biológico	Edad	Grado Escolar	Sexo	Ubicación actual



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



Familiograma

Estructura de la Familia de Origen:



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial

RUBRO	Madre	Padre	Hermana(o)s
Nombre			
Edad			
Estado Civil			
Religión			
Escolaridad			
Ocupación			
Dirección			
Enfermedades/ Adicciones			

Relaciones Familiares

¿Cómo es la relación con?:

Tu papá:

Tu mamá:



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



Tus hermanas/os:

Como es la dinámica nuclear:

Antecedentes de violencia en la familia de origen: Si _____ No _____

¿Quién la ejercía o ejerce y hacia quién? _____

En la infancia

En la adolescencia _____

En la edad adulta _____

Durante el noviazgo _____

Durante el embarazo _____

Física _____

Emocional _____

Económica _____

Patrimonial _____

Sexual _____

¿Alguien de tu familia de origen tiene conocimiento de la violencia que has vivido?

¿Quién y por qué? _____

¿Hubo experiencias de maltrato en tu familia de origen?

¿Le has contado el abuso que sufres a alguien?



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



¿Has recibido atención psicológica, jurídica o algún otro tipo de servicio por el abuso, en alguna ocasión?

Expediente en el Instituto de la Mujer y tipo de atención brindada_____

Canalización por parte de alguna instancia_____

Motivo y Antecedentes de ingreso: _____

¿Quiénes tienen conocimiento sobre tu ingreso y qué información tienen?_____

Historia Conyugal

¿Cómo se conocieron?

Indicios de violencia durante el noviazgo: SI _____ NO _____

Cual: _____

Primer incidente: Antes de 1 año _____ Antes de 5 años _____

Entre 5 y 15 años _____ Más de 15 años _____

ÁREA JURÍDICA

Denuncias anteriores por el mismo motivo

Núm. de denuncias _____

Por iniciativa de _____

Núm. de denuncias retiradas _____

Núm. de denuncias en curso _____

Datos de salud:

¿Utilizas algún método anticonceptivo? SI___ NO___ ¿Cuál? _____

¿Cuándo fue la última vez que tuviste relaciones sexuales?

¿Crees estar embarazada?

¿Cada cuándo te realizas el *Papanicolaou*?



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial

Antecedentes de enfermedades crónicas familiares SI ___ NO ___ ¿Cuáles?

Estado habitual del sueño:

Pre Ingreso	Post Ingreso	Estado	Observaciones
		Duermo Mucho	
		Descanso	
		No descanso (cansada durante el día)	
		Interrupción de sueño	
		Pesadillas	
		Insomnio	

Estado habitual de alimentación:

Pre Ingreso	Post Ingreso	Estado	Observaciones
		Come Mucho	
		Come poco	
		Apetito	
		Falta de apetito	
		Ansiedad	
		Come a deshoras	
		Alimentos poco nutritivos	

Estado habitual de evacuación y orina:

Pre Ingreso	Post Ingreso	Estado	Observaciones
		Consistencia en evacuaciones	
		Estreñimiento	
		Frecuencia de evacuaciones	
		Retención de evacuaciones	
		Frecuencia de orina	
		Retención de orina	

ÁREA PSICOLÓGICA

Indicadores somáticos de violencia

	Ascenso de la temperatura		Nauseas		Taquicardia
	Descenso de la temperatura		Parálisis		disminución en el interés por el sexo



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



	Tensión en el cuerpo		Vómitos		Tics
	Tos		Dolor de cabeza		Menstruación dolorosa
	Dolor específico en el cuerpo		Dolores abdominales		Artritis
	Temblores		Alergias		Dolores estomacales
	Falta de aire		Complicaciones intestinales		Presión sanguínea alta/baja
	Pérdida de Cabello		Asma		Pérdida de peso
	Mareos		Disminución de la energía		Aumento de peso
	Pérdida de apetito		Aumento de Apetito		

Marcar con un () los indicadores que se presentaron con anterioridad.

Observaciones:

 ¿Tiene expediente Psiquiátrico? ____ ¿Ingreso al Psiquiátrico? ____ Edad ____
 Motivo de ingreso _____
 Tiempo de estancia _____ Diagnóstico _____
 Sintomatología _____

Seguimiento Psiquiátrico _____

Medicamentos _____

Observaciones _____

Concepto de sí misma:

¿Cómo te describe en 5 palabras?

¿Cómo te visualizas en el futuro?

¿Cuáles son tus fortalezas?

¿Cuáles son tus debilidades?



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



Aspecto Emocional

¿Qué situaciones activan tus emociones?

Enojo _____

Tristeza _____

Miedo _____

Culpa _____

Alegría _____

Amor _____

Otro _____

¿Cómo sueles expresar tus sentimientos?

Enojo _____

Tristeza _____

Miedo _____

Culpa _____

Alegría _____

Amor _____

Otro _____

¿Es fácil o difícil de manejarlos y por qué? _____

¿Cómo reaccionas ante una discusión con otra persona? _____

¿Tienes alguna preocupación en este momento? _____

¿Qué has pensado hacer en relación a tus preocupaciones? _____

DATOS GENERALES DEL GENERADOR/A DE VIOLENCIA:

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Colonia: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Tiempo de residencia: _____ Razón de cambio: _____

Vehículo que utiliza: _____

NIVEL DE ESTUDIOS

Sabe leer y escribir: _____ Último grado de estudios: _____

OCUPACION

Trabajo Actual: _____

Ingreso diario: _____ Ingreso Semanal: _____ Ingreso Mensual: _____ Otro: _____



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



Empresa/institución o compañía donde trabajo: _____
Dirección: _____ Horario: _____
Puesto que desempeña: _____ Teléfono: _____
Ingreso: _____ Medio de Transporte del trabajo: _____
Tipo de contratación honorarios: () Base Confianza () Eventual ()

Observaciones:

Estado conyugal

Soltero ___ Unión libre ___ Casado ___ Separado ___ Divorciado ___ Viudo ___

En trámites de separación / divorcio (SÍ) ___ (NO) ___

Uniones anteriores (SÍ) ___ (NO) ___ ¿Cuántas? _____

Parentesco con el generador de violencia:

Esposo () Padre () Pareja () Hijo/a () Otro () _____

Características físicas (descripción)

Señas particulares (tatuaje, lunar, cicatriz / en dónde)

Antecedentes de maltrato en su familia de origen

Maltrata física o psicológicamente a las hijas (os) SI ___ NO ___

De qué forma _____

Frecuencia _____

Tiene algún problema relacionado con los celos

Frecuencia _____

Te causa algún prejuicio _____ 1.- Pareja 2.- Familiar 3.- Social

Por qué _____

¿Ha tenido o tiene una relación extramarital?



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



¿Ha tenido o tiene agresiones físicas o verbales con amigos o conocidos?

¿Tiene algún trastorno psicológico / psiquiátrico? SI ____ NO ____

Cuál-----

Tratamiento-----

Adicciones

Ha tenido o tiene problemas de drogas o alcoholismo-----

Cuáles-----

Frecuencia----- 1.- Social 2.- Habitual 3.- Adictiva

Recibe (o) tratamiento, cuál-----

Dónde-----

Te manipula por medio del dinero

De qué forma-----

1.- No me da 2.- Apenas lo necesario 3.- Me lo quita 4.- Me condiciona para dármelo

5.- Me restringe en quien o como debo gastarlo.

Ha tenido / tiene problemas de

Tipo laboral----- Núm. veces-----

Tipo legal----- Núm. veces-----

Tiene antecedentes penales-----

Ha pertenecido o pertenece a organizaciones delictivas (Criminales, contrabando, asaltos, secuestro, robo de autos, narcotráfico)

Ha pertenecido o pertenece a corporaciones militares, instituciones de gobierno, sindicatos u otros

Datos familiares / red de apoyo del agresor

Conoces a sus familiares-----

Datos de alguno de sus familiares, el más accesible y cercano a ella

Nombre-----

Parentesco-----

Edad-----

Ocupación-----

Dirección / Residencia-----

Teléfono-----



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



¿Él conoce a alguna(s) persona(s) importante(s), influyente o político que le pudiera ayudar, en caso de tener un problema?

Conoces su (s) nombre (s) _____

Qué relación tienen _____

Qué tipo de ayuda podría brindarle _____

	Nombre	Edad	Dirección	Ocupación
Padre				
Madre				
Hermana(o)s				
Otra(o)s familiares				

OBSERVACIONES:

Usuaría:

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 (Salud y Psicológica), a favor del Municipio de Mérida.

Reconozco que cedo estos derechos voluntariamente para el formato: "Entrevista inicial".

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.



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Entrevista Inicial



Autorizo para que mis datos sensibles (Salud y Psicológica ()) 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: ENTREVISTA INICIAL

El Municipio de Mérida a través del 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: nombre, datos personales, estructura del núcleo familiar, estructura familiar de origen, área jurídica, datos de salud y área psicológica, proporcionados en el presente formato.

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

- Generar un expediente de la usuaria, y no podrán ser utilizados para otros fines.

De manera adicional utilizaremos su información para las siguientes finalidades:

- Elaboración de reportes internos relacionados con el servicio que prestamos
- Generar indicadores y graficas con fines estadísticos.

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 del 2019, (ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN)