



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Valoración de Resguardo o Pernocta Segura

NOTA: Desde el inicio y hasta el final de la valoración, la usuaria se ubicará en un cubículo de atención, en ningún momento se le pedirá que espere en pasillos o salas abiertas al público.

Antes de iniciar tu intervención es importante revisar el formato de derivación, copia de la consultoría y/u oficinas de canalización según sea el caso.

DATOS DE INTERVENCIÓN				
Fecha y Hora de Inicio de la Intervención por pernocta (P):				Folio:
Fecha y Hora de Inicio de la Intervención por valoración (V):				
Nombre y Puesto de las Profesionales que Intervienen:	P			
	V			
Institución de Procedencia:				
DATOS GENERALES DE LA USUARIA (Están en la consultoría, puedes sacarlos de ahí)				
*Lengua: <input type="checkbox"/> español y Maya <input type="checkbox"/> Solo Maya <input type="checkbox"/> Otro:				
*De ser necesario ¿ya solicitaste el servicio de traducción?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				
*Nombre de la Usuaría:			*Edad:	
Lugar de nacimiento:		*Fecha de nacimiento (día/mes/año):		
*Lugar de residencia:		*Nacionalidad:		
*Último domicilio y referencia:		*Colonia:		
		*Comisaría:		
		*Municipio:		
		*Grado y Escolaridad:		
*Teléfono local:		*Celular:	*Religión:	
*Estado civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C		*Estado social:	Propiedades a su nombre:	
*Trabajo/Ocupación actual:		*Centro laboral:	Ingreso mensual:	
*En caso de reingreso, se explora la situación actual del ingreso (Proporcionó información sobre el refugio).				
*Hijas e hijos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		*Número de hijas/os:		
*Nombre:	*Edad:	*Escolaridad:	*Sexo:	*Ingresa a refugio (Marca una X)
1.-			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
2.-			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
3.-			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Valoración de Resguardo o Pernocta Segura



4.-			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
5.-			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
6. *Embarazada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		*Tiempo de gestación:	
DETECCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS INMEDIATAS (Antes de la entrevista)			
Alimentación	Usuaría <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Niñas, niños y adolescentes (NNA) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Enfermedades actuales reportadas: (infecciones, que requieran cuidado hospitalario, que puedan generar epidemias y/o que requieran cuidados especiales, lesiones):	Usuaría	NNA	
	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Si ¿Cuáles? *Medicamentos que consume: *Próxima Toma: *¿Los trae consigo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI *¿Ya solicitaste el medicamento?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI *Alergias (medicamentos, alimentos, sustancias, etc.)	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Si ¿Cuáles? *Medicamentos que consume: *Próxima Toma: *¿Los trae consigo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI *¿Ya solicitaste el medicamento?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si *Alergias (medicamentos, alimentos, sustancias, etc.)	
Sobre la salud (importante hablar y ofrecer profilaxis de ser necesario)	*Antes del ingreso hubo contacto sexual: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Hace cuánto? <input type="checkbox"/> Consentido seguro <input type="checkbox"/> Forzado seguro <input type="checkbox"/> Consentido inseguro <input type="checkbox"/> Forzado inseguro * <input type="checkbox"/> Se le brinda información sobre la profilaxis <input type="checkbox"/> Se le ofrece la profilaxis * <input type="checkbox"/> Se le ofrece píldora de emergencia <input type="checkbox"/> Sospecha de embarazo Abortos (solo si es relevante o sale al tema) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI ¿Hace cuánto?		
*Discapacidades evidentes	Usuaría	NNA	
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuáles?	
*Higiene:	¿Ella reporta alguna necesidad sobre su higiene que sea prioritaria? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No ¿Ya gestionaste los recursos y diligencias necesarias para cubrirla? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No No. de Oficio de Solicitud: _____		
*Sueño	¿Cuándo fue su último período de sueño?		



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Valoración de Resguardo o Pernocta Segura



(También se puede explorar su última pernocta, el nivel de cansancio o agotamiento al momento de la valoración)		Observaciones:			
*Sobriedad:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles? (sustancias/medicamentos): De ser necesario ¿ya gestionaste el proceso de desintoxicación?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No ¿Ya gestionaste los recursos y diligencias necesarias para cubrirla? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
*¿Cómo obtuvo información sobre los servicios de refugio?					
*¿Qué información le proporcionaron?					
¿Ha ingresado a otro refugio y el motivo de su egreso?					
*¿MOTIVOS POR EL QUE SOLICITA REFUGIO?					
¿Qué ha hecho antes y sus resultados?					
Salidas del hogar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		¿Cuántas veces?:		Lugar a donde acudió:	
		Tiempo de Estancia:			
REDES DE APOYO					
Sobre las redes sociales activas -institucionales, de pares o familiares- (si es posible, indagar igual sobre las que se han desactivado por la violencia).					
Nombre de la Red	Dirección	Tel	Relación	T. Apoyo	Segura(S)/ Insegura(I)
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
** Tipos de Apoyos: 1. Emocional o afectivo 2. Económica 3. Instrumental (ayuda material, cuidado de las/os niñas/os) 4. Confidente (platicar y guardar secretos) 5. Alojamiento 6. Otros.					
¿La calidad de las relaciones con sus redes de apoyo se ha modificado a raíz de la violencia?					
*¿Llegó acompañada de alguien y de quién?					
*¿Alguien tiene conocimiento de que se encuentra en el Instituto y qué información le brindó?					



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Valoración de Resguardo o Pernocta Segura



*VALORACIÓN PREVIA		
<input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio ¿Cuántas veces?	<input type="checkbox"/> Presencia de lesiones (cortadas, cicatrices, quemaduras, hematomas, fracturas)
<input type="checkbox"/> Consumo de Estupefacientes	<input type="checkbox"/> Antecedentes psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Ha sido hospitalizada por lesiones
SOBRE FUNCIONAMIENTO CASIC DE LA USUARIA:		
*CONDUCTUAL: (áreas afectadas por la violencia)		
<input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Sueño <input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles?:		
*AFECTIVA:		
¿En qué ocasiones se siente más perturbada?		
¿En qué ocasiones se siente más relajada?		
*COGNOSCITIVA:		
Patrones de pensamiento y/o fantasías destructivas recurrentes:		
<input type="checkbox"/> Culpabilización	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Experimenta Pesadillas
<input type="checkbox"/> Pensamientos Catastróficos	<input type="checkbox"/> Ideas suicidas	<input type="checkbox"/> De maltrato hacia otras personas (hija(o)s, cónyuge, familia, redes de apoyo)
<input type="checkbox"/> Pensamientos Homicidas	<input type="checkbox"/> Escuchar voces, ruidos	<input type="checkbox"/> Delirio de persecución
<input type="checkbox"/> Otro(s):		
SOMÁTICO		
Indicadores Somáticos de Violencia		
<input type="checkbox"/> Ascenso de la temperatura	<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Dolor específico en el cuerpo
<input type="checkbox"/> Descenso de la temperatura	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Pérdida de cabello
<input type="checkbox"/> Tensión en el cuerpo	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Falta de aire
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Alteraciones del Sueño
Otro(s):		
RELACIONES INTERPERSONALES		
Durante la crisis/violencia el estilo interpersonal es:		
<input type="checkbox"/> Aislamiento	<input type="checkbox"/> Agresividad	<input type="checkbox"/> Asertividad
<input type="checkbox"/> Dependencia	<input type="checkbox"/> Independencia	<input type="checkbox"/> Rechazante
<input type="checkbox"/> Gregarismo	<input type="checkbox"/> Otro: ¿Cuál?	
SITUACIÓN JURÍDICA		
¿Ha denunciado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		¿Desea denunciar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Expediente en otras Instituciones:		
Domicilio conyugal:		
Temores sobre la impartición de justicia, y/o los policías, y/o la utilización de medidas legales: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Motivo:		
¿CON QUÉ DOCUMENTOS CUENTA?		
<input type="checkbox"/> Denuncias	<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento ella	<input type="checkbox"/> Acta de Matrimonio



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Valoración de Resguardo o Pernocta Segura



<input type="checkbox"/> Demandas	<input type="checkbox"/> Credencial de Elector	<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento de menores de edad	
<input type="checkbox"/> CURP	<input type="checkbox"/> Comprobante de nómina del generador	<input type="checkbox"/> Seguro popular	
<input type="checkbox"/> Foto del generador	<input type="checkbox"/> Tarjetas de crédito	<input type="checkbox"/> Sistema Cooperera	
<input type="checkbox"/> Documentación Fiscal	<input type="checkbox"/> Documentos de propiedades	<input type="checkbox"/> Estados de cuentas bancarias	
<input type="checkbox"/> Otros:			
¿Cuáles, de los que no tiene, son prioritarios para sus procesos?			
*DATOS GENERALES DEL GENERADOR DE VIOLENCIA			
Nombre del generador de violencia:		Relación con la receptora de violencia:	
Edad:	Nacionalidad:	Lugar de Residencia:	Lugar de Nacimiento:
Fecha de nacimiento	Estado civil:	Religión:	
Lengua: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Español y Maya <input type="checkbox"/> Solo Maya <input type="checkbox"/> Otro:		Escolaridad y grado:	
Dirección:		Colonia:	Ciudad:
Teléfono:	Celular:	Ocupación y puesto:	
Lugar de Trabajo actual:	Días y horario laboral:	Ingreso mensual:	
Vehículo:		Propiedades a su nombre:	
*CARACTERÍSTICAS FÍSICAS			
Altura:	Complexión:	Color de cabello:	
Seña particular:		Color de ojos:	
Zonas de riesgo:		Otros:	
*¿CON QUIÉN VIVE?			
<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos/as	
<input type="checkbox"/> Hijas/hijos	<input type="checkbox"/> Otros:		
RED DE APOYO O DEL GENERADOR DE VIOLENCIA			
Nombre de la Red	Dirección	Relación	T. Apoyo
1.-			
2.-			
3.-			
** Tipos de Apoyos: 1. Emocional o afectivo 2. Económico 3. Instrumental (ayuda material, cuidado de las/os niñas/os) 4. Confidente (platicar y guardar secretos) 5. Alojamiento 6. 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 Valoración de Resguardo o Pernocta Segura



GENERALMENTE AGREDE A:							
<input type="checkbox"/> Pareja		<input type="checkbox"/> Hijas/os		<input type="checkbox"/> Padre			
<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos/as		<input type="checkbox"/> Otros			
*HISTORIAL							
Antecedentes penales/psiquiátricos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI ¿A partir de qué?							
Actividades relacionadas con la delincuencia organizada o la violencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál?							
Pertenencia a cuerpos policiales o de seguridad dependencias de gobierno o municipales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál?							
Habilidades peligrosas (por amenaza) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál?							
*USO Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS							
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál de las siguientes?							
<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Pastillas Psicotrópicas							
<input type="checkbox"/> Otras:							
*USO Y/O POSESIÓN DE ARMAS							
Punzocortantes		<input type="checkbox"/> Navaja <input type="checkbox"/> Cuchillo <input type="checkbox"/> Machete <input type="checkbox"/> Otro: ¿cuál?					
Punzo contundentes		<input type="checkbox"/> Martillo <input type="checkbox"/> Bate <input type="checkbox"/> Piedras <input type="checkbox"/> Macana <input type="checkbox"/> Botellas <input type="checkbox"/> Cable <input type="checkbox"/> Otro: ¿Cuál?					
Armas de Fuego		<input type="checkbox"/> Pistola <input type="checkbox"/> Rifle <input type="checkbox"/> Cuerno de chivo <input type="checkbox"/> Otro: ¿Cuál?					
¿Cuál de las siguientes ha usado en contra de la usuaria o con alguien más?							
*Factores de Peligrosidad	<input type="checkbox"/> Ha recibido amenazas contra su integridad física			<input type="checkbox"/> Aislamiento			
	<input type="checkbox"/> Ha recibido amenazas de muerte			<input type="checkbox"/> Es vigilada o espiada			
	<input type="checkbox"/> Privación de la libertad			<input type="checkbox"/> Ejerce violencia en privado			
	<input type="checkbox"/> Incomunicación			<input type="checkbox"/> Ejerce violencia en público			
	Otros:						
ÍNDICE Y FRECUENCIA DE LOS ACTOS VIOLENTOS (señala de acuerdo a lo referido por la usuaria)							
Tipo de Violencia	Diario	C/3er. día	C/Sem	C/15 días	1 a 2 veces x año	Única vez	otro
• Física							
• Sexual							
• Psicológica							
• Patrimonial							
• económica							
Detonadores de los actuales actos violentos							
Personas que han testificado los episodios violentos							



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Valoración de Resguardo o Pernocta Segura

Otras personas que ejercen violencia contra la usuaria	
CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA	
<i>*Objetivos solicitados por la usuaria:</i>	
<i>Contención: (Breve descripción de elementos de crisis)</i>	
<i>Exploración de la situación</i>	<i>Necesidades Detectadas</i>
	<i>Recursos Detectados</i>
ANTES DE DAR POR TERMINADA LA ENTREVISTA	
¿Ingresó la usuaria? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Motivos de resistencia al ingreso ¿Cómo se resolvió su necesidad de resguardo seguro?	
Protocolo de Seguridad (Descripción breve de las medidas mínimas de seguridad sugeridas ó habladas durante la sesión)	
*¿Realizó llamada previa a su ingreso? <input type="checkbox"/> SI ¿A quién? <input type="checkbox"/> NO	
Fecha y Hora de TERMINO de la Intervención:	
Pernocta:	Valoración:



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

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

Formato de Valoración de Resguardo o Pernocta Segura



SI INGRESA AL CAREM: Se hablará con la usuaria sobre el **mecanismo de traslado**, mostrar el croquis de las instalaciones a la usuaria (es importante prevenirla sobre las semejanzas y diferencias de estar en casa como podrían ser la **preparación de alimentos, las actividades de limpieza, el cuidado de l@s hij@s, las actividades de esparcimiento, las áreas verdes que incluyen las instalaciones, los momentos difíciles que se podrían presentar al estar en un lugar tan preparado para la seguridad**, etc) y hablar de los **servicios** a los que podrá acceder y por último se le invitará al taller sobre violencia vespertino.

ELABORÓ: _____

USUARIA: _____

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 (Lengua materna, religión, discapacidad e historial de salud), a favor del Municipio de Mérida.

Reconozco que cedo estos derechos voluntariamente para el formato:

“Formato de Valoración de Resguardo o Pernocta Segura”.

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 (Lengua materna, religión, discapacidad e historial de salud) 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: FORMATO DE VALORACIÓN DE RESGUARDO O PERNOCTA SEGURA

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, edad, lugar de nacimiento, dirección, teléfono, ocupación, estado civil, escolaridad e ingresos, 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:



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres
Formato de Valoración de Resguardo o Pernocta Segura



- 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)