



H. AYUNTAMIENTO DE MÉRIDA
 DIRECCIÓN DE POLICIA MUNICIPAL DE MÉRIDA
 UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO
 UNESPAVIFAG

FICHA DE ATENCIÓN:

Fecha de la atención: # De folio

Hora del reporte a la unidad

ASUNTO/TIPO DE EVENTO: LUGAR DEL EVENTO:

LUGAR DONDE SE BRINDÓ LA ATENCIÓN:

Datos generales de la persona atendida:

A.PATERNO A.MATERNO NOMBRE (S)

LUGAR DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>
LUGAR DE RESIDENCIA:	<input type="text"/>	EDAD:	<input type="text"/>
NACIONALIDAD:	<input type="text"/>	SEXO:	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
OCUPACION:	<input type="text"/>	DISCAPACIDAD:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESCOLARIDAD:	<input type="text"/>	TIPO:	<input type="text"/>
TELEFONO DE CASA:	<input type="text"/>	TELEFONO CELULAR:	<input type="text"/>

ESTADO CIVIL

CASADA (O) SOLTERA (O) VIUDA (O) DIVORCIADA (O) SEPARADA (O) UNION LIBRE

DOMICILIO ACTUAL

COLONIA O FRACC: C.P.

CALLE: No. EXT. No. INT. CRUZAMIENTOS:

REFERENCIA:

PAREJA O ESPOSO/A: EDAD:
A.PATERNO A. MATERNO NOMBRE (S)

HIJAS/OS: SI NO

NOMBRE	EDAD

PERSONAS QUE HABITAN EN EL DOMICILIO

Red de apoyo:

A.PATERNO A.MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO:
EDAD:
NACIONALIDAD:
PARENTESCO:
OCUPACION:
ESCOLARIDAD:

SEXO: H M

TELEFONO DE CASA:
TELEFONO CELULAR:

COLONIA O FRACC: C.P.

CALLE: No. EXT. No. INT. CRUZAMIENTOS:

Valoración de Riesgo:

AMENAZAS		ANTECEDENTES DE VIOLENCIA	
HA RECIBIDO AMENAZAS DE MUERTE	SI () NO()	ES UNA PERSONA CADA VEZ MÁS VIOLENTA	SI () NO()
LE HA AMENAZADO CON SUICIDARSE	SI () NO()	LAS LESIONES SON MÁS GRAVES	SI () NO()
LE HA AMENAZADO CON HACER ALGO SI LE DEJA	SI () NO()	HA VIOLENTADO A LAS(OS) HIJAS(OS)	SI () NO()
		LE HA VIOLENTADO DURANTE EL EMBARAZO	SI () NO()
		LE HA OBLIGADO A TENER RELACIONES SEXUALES	SI () NO()
		LE HA ROTO DOCUMENTOS U OBJETOS PERSONALES	SI () NO()
ARMAS		CONVIVENCIA	
EXISTEN ARMAS EN EL DOMICILIO	SI () NO()	TIENEN HIJAS (OS) EN COMÚN	SI () NO()
ESA PERSONA PODRÍA ACCEDER A ELLAS	SI () NO()	DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE ESA PERSONA	SI () NO()
ALGUNA VEZ HA UTILIZADO UN ARMA	SI () NO()	LE CELA	SI () NO()
		HA INTENTADO ESTRANGULARLE	SI () NO()
ACOSO Y CONTROL			
LE CONTROLA ECONÓMICAMENTE	SI () NO()	LE VIGILA O ESPÍA	SI () NO()
CONTROLA SUS ACTIVIDADES DIARIAS	SI () NO()	LE HA AISLADO DE AMISTADES O FAMILIARES	SI () NO()
LE LLAMA VARIAS VECES AL DÍA PARA SABER SU UBICACIÓN	SI () NO()	LE HA PRIVADO DE SU LIBERTAD	SI () NO()
		EJERCE ALGÚN OTRO TIPO DE CONTROL	SI () NO()

TIPOS DE VIOLENCIA RECIBIDA				
FÍSICA	PSICOLÓGICA	ECONÓMICA	PATRIMONIAL	SEXUAL

SE LE CANALIZA A:

Datos generales de quien ejerce violencia:

--	--	--

A.PATERNO

A.MATERNO

NOMBRE (S)

LUGAR DE NACIMIENTO:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
LUGAR DE RESIDENCIA:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
NACIONALIDAD:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
OCUPACIÓN:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
ESCOLARIDAD:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
TELEFONO DE CASA:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

FECHA DE NACIMIENTO:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
EDAD:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
SEXO:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	H		M	
H		M			
DISCAPACIDAD:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	SI		NO	
SI		NO			
TIPO:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
TELEFONO CELULAR:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				

ESTADO CIVIL

CASADO (A)
 SOLTERO (A)
 VIUDO (A)
 DIVORCIADO (A)
 SEPARADO (A)
 UNION LIBRE

DOMICILIO

COLONIA O FRACC:	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	C.P.	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
------------------	---	------	---

CALLE:	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	No. EXT.	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	No. INT.	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	CRUZAMIENTOS:	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
--------	---	----------	---	----------	---	---------------	---

INGRESO ECONÓMICO:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
RELACIÓN CON LA PERSONA ATENDIDA:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
TIEMPO DE LA RELACIÓN:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

TIPO DE VEHÍCULO QUE UTILIZA:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
MATRÍCULA:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
COLOR:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

DETENIDO/A: SI NO

NÚMERO DE PERSONAS QUE EJERCEN VIOLENCIA:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Uso y/o abuso de sustancias:

SUSTANCIA	CONSUME	FRECUENCIA
ALCOHOL	SÍ () NO ()	Casi a diario () Diario () Semanalmente () Cada 15 días () Mensualmente ()
COCAÍNA	SÍ () NO ()	Casi a diario () Diario () Semanalmente () Cada 15 días () Mensualmente ()
MARIHUANA	SÍ () NO ()	Casi a diario () Diario () Semanalmente () Cada 15 días () Mensualmente ()
INHALANTES	SÍ () NO ()	Casi a diario () Diario () Semanalmente () Cada 15 días () Mensualmente ()
PASTILLAS	SÍ () NO ()	Casi a diario () Diario () Semanalmente () Cada 15 días () Mensualmente ()
OTRA	¿CUÁL? _____	

Uso de armas:

PUNZOCORTANTES		PUNZOCONTUNDENTES O CONTUNDENTES		DE FUEGO	
NAVAJA	SÍ () NO ()	MARTILLO	SÍ () NO ()	PISTOLA	SÍ () NO ()
CUCHILLO	SÍ () NO ()	PIEDRAS	SÍ () NO ()	RIFLE	SÍ () NO ()
MACHETE	SÍ () NO ()	BOTELLAS	SÍ () NO ()	REVÓLVER	SÍ () NO ()
		BATE	SÍ () NO ()		
OTRO	SÍ () NO ()	CUÁL:			

PRIMER
RESPONDIENTE:

A.PATERNO	A.MATERNO	NOMBRE (S)
-----------	-----------	------------

NÚMERO DE CARRO PATRULLA:

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:

Descripción de los hechos:

NOMBRE Y FIRMA DE LA/EL POLICÍA

NOMBRE Y FIRMA DE LA/EL POLICÍA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA ATENDIDA

Aviso de Privacidad Simplificado de la Ficha de atención de la Unidad Especializada para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de género. El Municipio de Mérida, Yucatán a través de la Dirección de Policía Municipal es el Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione Y son los siguientes: datos generales de la persona atendida los cuales son nombre completo, dirección, nacionalidad residencia, ocupación, teléfono, fecha De nacimiento, nombre del cónyuge, nombre, fecha de nacimiento, ocupación, escolaridad de la red de apoyo, nombre y firmas de los policías. los datos personales que recabemos de usted en este formato los utilizaremos para las siguientes finalidades:

Llevar un control y registro de las personas que solicitan atención.

En caso adicional sus datos personales serán tratados para lo siguiente:

Brindarles la atención necesaria para su protección y seguimiento de su caso, con el único fin de velar por la integridad de las personas que solicitan atención.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo mediante escrito libre, ante la Unidad de Transparencia, ubicada en calle 50 número 471 por 51 y 53 colonia centro de esta Ciudad de Mérida, Yucatán. Relativos al tratamiento de las mismas.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede usted hacer valer puede acudir al sitio de internet a través de su siguiente Dirección electrónica. www.merida.gob.mx/avisodirecciones

