GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOJA DE REGISTRO DE ATENCIÓN POR VIOLENCIA Y/O LESIÓN

SINBA SEUL-17-P DGIS

CLUES: Edo | Institución | Consecutivo | Ver

FOLIO:

PACIENTE AFECTADA(O)

NOMBRE: Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido

C.U.R.P.: **FECHA DE NACIMIENTO:** Día / Mes / Año **ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO:**

EDAD CUMPLIDA: Horas (en menores de 24 hrs) / Días (en menores de 30 días) / Meses (en menores de 1 año) / Años (1 año y más) **SEXO:** 1 Hombre 2 Mujer 3 Intersexual

AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: 0 No especificado 1 Ninguna 2 IMSS 3 ISSSTE 4 PEMEX 5 SEDENA 6 SEMAR 8 Otra 10 IMSS Bienestar 11 ISSFAM 14 OPD IMSS Bienestar

NÚM. AFILIACIÓN: **GRATUIDAD:** 1 Sí 2 No 99 Se ignora

ESCOLARIDAD: 1 Ninguna 3 Primaria 5 Secundaria 7 Bachillerato o preparatoria 8 Profesional 10 Posgrado 99 Se ignora **ESCOLARIDAD SELECCIONADA:** 1 Completa 2 Incompleta

SABE LEER Y ESCRIBIR: 1 Sí 2 No

¿SE CONSIDERA INDÍGENA? 1 Sí 2 No **¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** 1 Sí 2 No **¿CUÁL?** Especifique

Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, serán considerados como tales.

¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO? 1 Sí 2 No **¿ES MIGRANTE RETORNADO?** 1 Sí 2 No

Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (paisanos).

MUJER EN EDAD FÉRTIL: *Si el evento corresponde a una mujer de 9 a 59 años, especifique si la lesión o violencia ocurrió durante:*

1 Embarazo 2 Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico) 3 No estaba embarazada ni en el puerperio

SEMANAS DE GESTACIÓN:

DIFICULTAD (DISCAPACIDAD): 1 Sí 2 No

REFERIDA(O) POR:

1 Unidad médica Nombre: **CLUES:** 2 Procuración de Justicia

3 Secretaría de Educación Pública 4 Desarrollo Social 5 DIF 6 Otras instituciones gubernamentales 7 Instituciones No gubernamentales 8 Sin referencia (iniciativa propia)

EVENTO

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA: Día / Mes / Año / HH : MM **FUE DÍA FESTIVO:** 1 Sí 2 No

SITIO DE OCURRENCIA:

0 Vivienda 1 Institución residencial 2 Escuela 3 Área de deporte y atletismo 4 Vía pública (peatón) 5 Comercio y áreas de servicio 6 Trabajo

7 Granja 8 Club, cantina, bar 9 Vehículo automotor público 10 Vehículo automotor privado 11 Otro lugar Especifique 12 Lugar no especificado

DOMICILIO DE OCURRENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS:

MUNICIPIO O ALCALDÍA: **LOCALIDAD:** **CÓDIGO POSTAL:**

TIPO DE LA VIALIDAD: **NOMBRE DE LA VIALIDAD:** **NÚM. EXT.:** **NÚM. INT.:**

TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: **NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO:**

INTENCIONALIDAD DEL EVENTO: 1 Accidental 2 Violencia familiar 3 Violencia No familiar 4 Autoinfligido 11 Trata de personas

AGENTE DE LA LESIÓN:

1 Fuego, flama, sustancia caliente/vapor
2 Intoxicación por drogas o medicamentos
3 Pie o mano
4 Caída
5 Objeto contundente
6 Objeto punzocortante
7 Golpe contra piso o pared
8 Cuerpo extraño
9 Explosión
10 Asfixia o sofocación
11 Múltiples agentes
12 Proyectil arma de fuego
13 Ahorcamiento
14 Radiación
15 Sustancias químicas
16 Corriente eléctrica
17 Herramienta o maquinaria
18 Sacudidas
19 Desastre natural
20 Vehículo de motor
21 Ahogamiento por sumersión
22 Piquete / mordedura de animal
23 Fuerzas de la naturaleza
24 Intoxicación por plantas, hongos venenosos
25 Otro Especifique
26 Se ignora
27 No aplica

RECIBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: 1 Sí 2 No **TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA:** HH : MM

SE SOSPECHA QUE LA/EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE: 1 Alcohol 2 Droga por indicación médica 3 Drogas ilegales 4 Se ignora 5 Ninguna

ACCIDENTE

SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR: 1 Sí 2 No **LA/EL LESIONADA(O) ES:** 1 Conductor 2 Ocupante 3 Peatón **USÓ EQUIPO DE SEGURIDAD:** 1 Sí 2 No 3 Se ignora

¿QUÉ EQUIPO DE SEGURIDAD UTILIZÓ?: 1 Cinturón de seguridad 2 Casco 3 Sillín porta infante 4 Otro Especifique

VIOLENCIA

TIPO DE VIOLENCIA: 6 Violencia física 7 Violencia sexual 8 Violencia psicológica 9 Violencia económica/patrimonial 10 Abandono y/o negligencia

AGRESOR(A): **NÚM. DE AGRESORES:** 1 Única(o) 2 Más de una(o)

PARENTESCO CON LA/EL AFECTADA(O) : **SEXO DEL/LA AGRESOR(A):** 1 Masculino 2 Femenino **EDAD DEL/LA AGRESOR(A):** Años

EL/LA AGRESOR(A) SE SOSPECHA QUE ACTUÓ BAJO LOS EFECTOS DE: 1 Alcohol 2 Droga por indicación médica 3 Drogas ilegales 4 Se ignora 5 Ninguna

EN CASO DE EVENTO AUTOINFLIGIDO, EL EVENTO OCURRIÓ: 1 Única vez 2 Repetido

ATENCIÓN

FECHA Y HORA DE ATENCIÓN: Día / Mes / Año / HH : MM **SERVICIO QUE OTORGÓ LA ATENCIÓN:** 1 Consulta externa 2 Hospitalización 3 Urgencias 4 Servicio especializado de atención a la violencia 5 Otro servicio Especifique

TIPO DE ATENCIÓN: 1 Médica 2 Psicológica 3 Quirúrgica 4 Psiquiátrica 5 Consejería 6 Otra 7 Píldora anticonceptiva de emergencia 8 Profilaxis VIH 9 Profilaxis otras ITS 10 IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) 11 Vacuna VPH

ÁREA ANATÓMICA DE MAYOR GRAVEDAD: 1 Cabeza 2 Cara 3 Región Ocular 4 Cuello 5 Columna vertebral 6 Extremidades superiores 7 Mano 8 Tórax 9 Espalda y/o glúteos 10 Abdomen 11 Pelvis 12 Región genital 13 Extremidades inferiores 14 Pies 15 Múltiples 16 Otros Especifique 17 No hubo lesión

CONSECUENCIA RESULTANTE DE MAYOR GRAVEDAD: 1 Laceración / abrasión 2 Aplastamiento 3 Cicatrices 4 Depresión 5 Contusión / magullamiento 6 Congelamiento 7 Aborto 8 Trastornos de ansiedad / estrés postraumático 9 Quemadura / corrosión 10 Asfixia 11 Embarazo 12 Trastornos psiquiátricos 13 Luxación / esguince 14 Herida 15 Infección de transmisión sexual 16 Múltiple 17 Amputación / avulsión 18 Fractura 19 Defunción 20 Malestar emocional 21 Trastorno del estado de ánimo 22 Otra Especifique

AFECCIONES TRATADAS

	CÓDIGO CIE
AFECCIÓN PRINCIPAL:	
1.	
2.	
3.	
RESELECCIÓN AF. P.	

CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión):

Para uso exclusivo del personal codificador

SE DIÓ AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO: 1 Sí 2 No

DESTINO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN: 1 Domicilio 2 Traslado a otra unidad médica 3 Servicio especializado atención a violencia 4 Consulta externa

5 Defunción: Folio del certificado 6 Refugio o albergue 7 DIF 8 Hospitalización 9 Ministerio público 10 Grupo de ayuda mutua

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: 1 Médica(o) tratante 2 Psicóloga(o) tratante 3 Trabajadora o trabajador social 11 Otro Especifique

NOMBRE: Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido

C.U.R.P.: **CÉDULA PROFESIONAL:** **FIRMA:**

La/el profesional de la salud responsable de la atención prestada, quien llena este formato, no fue testigo de los hechos, sólo se limita a transcribir la información descrita verbalmente por la/el paciente afectada(o) en los apartados paciente afectada(o) y evento.