

HOJA DE REGISTRO DE ATENCIÓN POR VIOLENCIA Y/O LESIÓN

SINBA SEUL-17-P DGIS

CLUES: Edo. Institución Consecutivo Ver

FOLIO:

PACIENTE AFECTADO

NOMBRE: Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

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

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

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 Masculino 2 Femenino

AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: 1 IMSS 2 ISSSTE 3 PEMEX 4 SEDENA 5 SEMAR **NÚM. AFILIACIÓN:**

6 Gob. Estatal 7 Seguro privado 8 Seguro popular 9 Se ignora 10 Otro P PROSPERA 0 Ninguna **GRATUIDAD:** 1 Sí 2 No

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

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

MUJER EN EDAD FÉRTIL Si el evento corresponde a una mujer de 10 a 54 años, especifique si la lesión o violencia ocurrió durante:
 1 Embarazo 2 Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) 3 No estaba embarazada ni en el puerperio

DIFICULTAD (DISCAPACIDAD): 1 Sí 2 No

USUARIO REFERIDO 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
TIPO DE LA VIALIDAD: **NOMBRE DE LA VIALIDAD:** **NÚM. EXT.:** **NÚM. INT.:**
TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: **NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO:**
CÓDIGO POSTAL: **LOCALIDAD:** **MUNICIPIO O DELEG.:**
ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS:

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

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

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

SE SOSPECHA QUE 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 **EL LESIONADO ES:** 1 Conductor 2 Ocupante 3 Peatón **USO 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

ATENCIÓN

VIOLENCIA
TIPO DE VIOLENCIA: 6 Violencia física 7 Violencia sexual 8 Violencia psicológica 9 Violencia económica/patrimonial 10 Abandono y/o negligencia
AGRESOR:
NÚM. DE AGRESORES: 1 Único 2 Más de uno 11 Trata de personas
PARENTESCO CON EL AFECTADO: **SEXO DEL AGRESOR:** 1 Masculino 2 Femenino **EDAD DEL AGRESOR:** Años
EL AGRESOR 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 AUTOINFLINGIDO, EL EVENTO OCURRIÓ: 1 Única vez 2 Repetido

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 Especifique 7 Píldora anticonceptiva de emergencia 8 Profilaxis VIH 9 Profilaxis otras ITS

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 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 posttraumático 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

AFECCIONES TRATADAS
AFECCIÓN PRINCIPAL:
1.
2.
3.

RESELECCIÓN AF. P.

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

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 11 Otro Especifique

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: 1 Médico tratante 2 Psicólogo tratante 3 Trabajadora social

NOMBRE: Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

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

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 el(la) paciente afectado(a) en los apartados paciente afectado y evento.

Para uso exclusivo del personal calificador