

**CLAVES:** E D O INSTITUCIÓN CONSECUTIVO VER

**DATOS DEL AFECTADO**

3. NOMBRE MARTINEZ MENDURA RUILO  
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

4. DERECHOHABIENTIA ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Gob. Estatal  
☐ Seguro Privado ☒ Seguro Popular ☐ Seguro Gratuidad ☐ Prospera ☐ Se ignora ☐ Ninguna

5. CURP \_\_\_\_\_

6. AFILIACIÓN \_\_\_\_\_

7. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

8-9. 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) 60

10. SEXO ☒ Masculino ☐ Femenino

11. PACIENTE EMBARAZADA ☐ SI ☒ NO

12. SABE LEER Y ESCRIBIR ☐ SI ☒ NO

13. ESCOLARIDAD ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato  
☐ Superior ☐ Otra ☐ Ninguna

14-19. DOMICILIO DE OCURRENCIA  
Calle \_\_\_\_\_ Entre que calles \_\_\_\_\_ Barrio o Colonia \_\_\_\_\_  
Entidad Federativa \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

20-22. FECHA OCURRENCIA 12/09/14  
Día Mes Año

23. HORA 12:19  
Hora Minutos

24. FUE DÍA FESTIVO ☐ SI ☒ NO

25. DISCAPACIDAD PREEXISTENTE ☐ SI ☒ NO

26. INTENCIONALIDAD ☐ Accidental ☐ Violencia familiar ☒ Violencia no familiar ☐ Auto infligido ☐ Se ignora ☐ Trata de personas

27. Si la respuesta anterior es 2 o 3 especificar el (los) tipo (s) de violencia (s)  
☒ Violencia física ☐ Violencia sexual ☐ Violencia psicológica ☐ Violencia económica/patrimonial ☐ Abandono y/o negligencia

28. PARA CASO DE VIOLENCIA O EVENTO AUTOINFLIGIDO:  
☐ Única vez ☐ Repetido

29. SE SOSPECHA QUE EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE:  
☐ Alcohol ☐ Droga por indicación médica ☐ Drogas ilegales ☒ Se ignora ☐ Ninguna

30. SITIO DE OCURRENCIA  
☐ Vivienda ☐ Institución residencial ☐ Escuela ☐ Área de deporte y atletismo ☒ Via pública (peatón) ☐ Comercio y áreas de servicio  
☐ Trabajo ☐ Granja ☐ Club, cantina, bar ☐ Vehículo automotor público ☐ Vehículo automotor privado ☐ Otro lugar ☐ Lugar no especificado

31. AGENTE DE LA LESIÓN  
☐ Fuego, flama, sustancia caliente/vapor ☐ Intoxicación por drogas o medicamentos ☐ Pie o mano ☐ Caída ☐ Objeto contundente  
☒ Objeto punzo cortante ☐ Golpe contra piso o pared ☐ Cuerpo extraño ☐ Explosión ☐ Asfixia o sofocación  
☐ Múltiples agentes ☐ Proyecto arma de fuego ☐ Ahorcamiento ☐ Radiación ☐ Sustancias químicas  
☐ Corriente eléctrica ☐ Herramienta o maquinaria ☐ Sacudidas ☐ Desastre natural ☐ Vehículo de motor  
☐ Ahogamiento por sumersión ☐ Piquete / mordedura de animal ☐ Fuerzas de la naturaleza ☐ Intoxicación por plantas hongos venenosos ☐ Otra ☐ Se ignora

32. SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR  
El lesionado es: ☐ Conductor ☐ Ocupante ☐ Peatón

33. USO EQUIPO DE SEGURIDAD ☐ SI ☐ NO ☐ Se ignora

34. QUÉ EQUIPO DE SEGURIDAD UTILIZÓ  
☐ Cinturón de seguridad ☐ Casco ☐ Sillín porta infante ☐ Otro

35. ÁREA ANATOMICA DE MAYOR GRAVEDAD  
☒ Cabeza ☐ Cara ☐ Región ocular ☐ Cuello ☐ Columna vertebral  
☒ Extremidades superiores ☐ Mano ☐ Tórax ☐ Espalda y/o glúteos ☐ Abdomen  
☐ Pelvis ☐ Región genital ☐ Extremidades inferiores ☐ Pies ☐ Múltiples  
☐ Se ignora

36. CONSECUENCIA RESULTANTE DE MAYOR GRAVEDAD  
☐ Laceración / abrasión ☐ Aplastamiento ☐ Cicatrices ☐ Depresión ☐ Contusión / matugamiento  
☐ Congelamiento ☐ Aborto ☐ Trastornos de ansiedad / estrés posttraumático ☐ Quemadura / corrosión ☐ Asfixia  
☐ Embarazo ☐ Trastornos psiquiátricos ☐ Luxación / esguince ☐ Herida ☐ Infección de transmisión sexual  
☐ Múltiple ☐ Amputación / avulsión ☐ Fractura ☐ Defunción ☐ Malestar emocional  
☐ Otra

37. RECIBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA ☒ SI ☐ NO

38. TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA 15:00  
Hora Minutos

**AGRESOR**

39. AGRESOR ☐ Único ☒ Mas de uno

40. EDAD 21 Años

41. SEXO ☒ Masculino ☐ Femenino

42. PARENTESCO CON EL AFECTADO  
☐ Padre ☐ Madre ☐ Cónyuge / pareja / novio  
☐ Otro pariente ☐ Padrastro ☐ Madrastra  
☐ Conocido sin parentesco ☐ Desconocido ☐ Hijo / a

43. SE SOSPECHA QUE FUE BAJO LOS EFECTOS DE: ☐ Alcohol ☐ Droga por indicación médica ☐ Drogas ilegales ☒ Se ignora ☐ Ninguna

44-46. FECHA 14/09/14  
Día Mes Año

47. HORA DE ATENCIÓN 12:19  
Hora Minutos

48. SERVICIO DE ATENCIÓN ☐ Consulta externa ☐ Hospitalización ☒ Urgencias  
☐ Servicio especializado de atención a la violencia ☐ Otro servicio

49. SI FUE ATENDIDO EN URGENCIAS, ESCRIBA EL TIEMPO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO 15:00  
Hora Minutos

50. TIPO DE ATENCIÓN ☒ Médica ☐ Psicológica ☐ Quirúrgica ☐ Psiquiátrica ☐ Consejería ☐ Otra  
☐ Piladora anticonceptiva de emergencia ☐ Profilaxis VIH ☐ Profilaxis otras ITS

51. USUARIO REFERIDO POR:  
☐ Unidad Médica de los Servicios Estatales de Salud ☐ Unidad de Salud de otra Institución del Sector Salud ☐ Procuración de Justicia ☐ Instituciones no gubernamentales  
☐ Secretaría de Salud ☐ Desarrollo Social ☐ Sin referencia (Iniciativa propia)

52. DESTINO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN  
☐ Domicilio ☐ Traslado a otra unidad médica ☐ Servicio especializada atención a la violencia ☐ Otro  
☐ Defunción ☐ Refugio o albergue ☐ DIF ☐ Hospitalización  
☐ Ministerio público ☐ Grupo de ayuda mutua ☐ Otro

