



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**

**NOMBRE Y CLAVE**

Procedimiento para detección, atención médica y orientación en Unidades Médicas del IMSS a mujeres víctimas de violencia física y/o sexual, en apego al marco de la NOM 046-SSA2-2005 "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención"  
2650-B03-006

**AUTORIZACIÓN**

Aprobó

Célida Duque M

Dra. Célida Duque Molina  
Titular de la Dirección de Prestaciones  
Médicas

Michel Jorge Luna Velázquez

Mtro. Michel Jorge Luna Velázquez  
Titular de la Unidad de Asuntos Consultivos y  
de Atención a Órganos Fiscalizadores

JJ

Jesús Toribio Albarrán

Mtra. Marcela Velázquez Bolio  
Titular de la Unidad de Derechos Humanos

Mtro. José de Jesús Toribio Albarrán  
Encargado del Despacho de la Unidad de  
Investigaciones y Procesos Jurídicos

Revisó

Efraín Arizmendi Uribe

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN  
Y COMPETITIVIDAD

Michael Padilla Sánchez

Lic. Michael Padilla Sánchez  
Titular de la Coordinación de Legislación y  
Consulta

MOVIMIENTO

VALIDADO Y REGISTRADO

NUEVA ELABORACION 20 ENE 2023

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de  
Prevención de Conflictos de Interés de las personas Servidoras Públicas del  
IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de  
calidad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el  
servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la  
no discriminación".



Elaboró

Dr. Manuel Cervantes Ocampo  
Titular de la Coordinación de Unidades de  
Primer Nivel

Dr. Luis Rafael López Ocaña  
Titular de la Coordinación de Unidades de  
Segundo Nivel

Dr. Carlos Fredy Cuevas García  
Titular de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN  
Y COMPETITIVIDAD

MOVIMIENTO

VALIDADO Y REGISTRADO

NUEVA ELABORACION 20 ENE 2023



## ÍNDICE

|  | Página |
|--|--------|
| 1 Base normativa   | 5      |
| 2 Objetivo   | 6      |
| 3 Ámbito de aplicación   | 6      |
| 4 Definiciones   | 6      |
| 5 Políticas  | 9      |
| 6 Descripción de actividades   | 19     |
| 7 Diagramas de flujo   | 35     |
| Anexos   |        |
| Anexo 1 Cédula para la detección y atención a la violencia (CDAV)<br>Clave 2650-B09-001  | 47     |
| Anexo 2 Carta de consentimiento informado de riesgos<br>Clave 2650-B09-002   | 51     |
| Anexo 3 Carta de consentimiento informado para la interrupción voluntaria del embarazo<br>Clave 2650-B09-003   | 54     |
| Anexo 4 Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres de 12 o más años<br>Clave 2650-B09-004  | 59     |
| Anexo 5 Formato de declaración para personal médico objeta de conciencia en la aplicación de la NOM 046 SSA2 2005 "Violencia Familiar, Sexual y contra las mujeres. Criterios de prevención y atención | 62     |
| Anexo 6 Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos<br>Clave 2650-B09-005                              | 65     |
| Anexo 7 Supuestos para solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)   | 68     |



## ÍNDICE

|  | Página |
|--|--------|
| Anexo 8 Aviso al Ministerio Público (AMP)  | 71     |
| Anexo 9 Aviso a la Procuraduría de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes<br>Clave 2650-B09-006        | 74     |
| Anexo 10 Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)                    | 77     |
| Anexo 11 Fuentes de información en violencia familiar, sexual y contra las mujeres en el IMSS            | 80     |
| Anexo 12 Indicadores o signos de alarma de violencia   | 96     |
| Anexo 13 Evaluación del estado mental y criterios de referencia  | 100    |
| Anexo 14 Escala para medir el grado de violencia (EMGV)<br>Clave 2650-B09-007                            | 104    |
| Anexo 15 Carta de consentimiento informado de la usuaria para procedimiento médico<br>Clave 2650-B09-008 | 107    |



## 1 Base normativa

- Artículo 6, fracción I de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Artículos 4, 5 y 30, fracción IX y 35 de la Ley General de Víctimas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de enero de 2013 y sus reformas.
- Artículo 46 fracciones II, VII, VIII y X, artículo 51, fracciones II y III, artículo 52, fracciones I, II, III y V de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 01 de febrero de 2007 y sus reformas.
- Artículo 50, fracción XIV de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de diciembre de 2014 y sus reformas.
- Artículo 210, fracción III de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y sus reformas.
- Artículo 82, fracción IV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Artículo 129 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 1999 y su última modificación del 24 de marzo de 2016.
- Numerales 7.1.1, subnumerales 2 y 14, 7.1.4 subnumerales 1 y 3, del Manual de Organización de la Dirección Jurídica, clave 4000-002-001 validado y registrado el 02 de julio de 2021.
- Numerales 7.1.4.2.4, subnumerales 1, 7 y 8, 7.1.4.3.3 subnumerales 3 y 13 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-001 validado y registrado el 21 de diciembre del 2022.
- Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México. Edición 2022 Secretaría de Salud.



## 2 Objetivo

Detectar, prevenir, atender y orientar a, mujeres adolescentes y niñas víctimas de violencia física y/o sexual con apego a la NOM 046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” con la finalidad de que tengan acceso a una atención médica digna y con perspectiva de género.

## 3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria en el Nivel Central para: la Unidad de Investigaciones y Procesos Jurídicos y Coordinación de Igualdad, Género e Inclusión, dependientes de la Dirección Jurídica; así como la Coordinación de Unidades de Primer Nivel, División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal de la Coordinación de Unidades Médicas de Segundo Nivel y División de Regulación de Unidades Médicas de Alta Especialidad de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, dependientes de la Unidad de Atención Médica de la Dirección de Prestaciones Médicas; en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y/o Regionales la Jefatura de Servicios Jurídicos, Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, Coordinación de Información y Análisis Estratégico, Coordinación de Gestión Médica; así como en las Unidades Médicas de Alta Especialidad la Dirección, Subdirección Médica, la División de Asuntos Jurídicos, Jefatura de Departamento Clínico de Admisión Continua y Unidad de Tocoquirúrgica, así como la Dirección y Subdirección Médica, Coordinación Clínica de Gineco-Obstetricia y Jefatura de Servicios de Tococirugía de las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención; así como la Jefatura de Servicio de Medicina Familiar en las Unidades Médicas de Primer Nivel del Instituto.

## 4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento, se entenderá por:

**4.1 abandono:** Al acto de desamparo injustificado hacia la mujer con la que se tienen obligaciones, que derivan de las disposiciones legales y que pone en peligro la salud.

**4.2 aborto médico:** Terminación del embarazo realizada por personal médico, en los términos y plazos permitidos de acuerdo con la legislación aplicable y previo cumplimiento de los requisitos específicos establecidos en ésta.

**4.3 agresor:** La persona que ejerce cualquier tipo de violencia contra las mujeres.

**4.4 atención integral:** Manejo médico y psicológico de las consecuencias para la salud, derivadas de la violencia física y/o sexual contra las mujeres.



**4.5 autoridades competentes:** Persona servidora pública o institución que ejerce poder en virtud de las atribuciones conferidas en las leyes.

**4.6 Carta de consentimiento informado:** Es el documento mediante el cual la persona afectada, su representante legal o familiar más cercano en vínculo manifiesta, de manera inequívoca la aceptación de un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados, siempre y cuando quede constancia en el expediente de su autorización. Es un documento mediante el cual se garantiza que la mujer afectada ha expresado voluntariamente su intención de tener las evaluaciones y los procedimientos médicos necesarios, después de haber comprendido la información proporcionada acerca de los objetivos del examen, los beneficios, los riesgos y complicaciones, así como las directrices a seguir.

**4.7 directorio de servicios de atención a mujeres:** Es un documento electrónico que contiene los datos de instituciones especializadas en servicios de atención y prevención integral a la violencia contra las mujeres a nivel nacional, disponible en la siguiente liga <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/datos-servicios-atencion-mujeres.pdf>

**4.8 educación para la salud:** Proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y el análisis de información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar, colectiva y fomentar estilos de vida sanos.

**4.9 emergencia:** Estado clínico caracterizado por alteraciones órgano-funcionales agudas y graves con riesgo inminente de muerte por lo que requieren atención médica para su reanimación, aplica en pacientes clasificados en color naranja.

**4.10 estilos de vida saludables:** Comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: alimentación correcta, adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas; buen régimen de ejercicio, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, la nicotina y el alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo.

**4.11 expediente clínico:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

**4.12 red de apoyo:** Lazos establecidos entre personas, o entre personas y grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa en el tratamiento de crisis a corto plazo y transiciones vitales, así como desafíos a largo plazo, tensiones y privaciones.



**4.13 interrupción voluntaria del embarazo (IVE):** Es un derecho de las víctimas de violación sexual de acuerdo a la Ley General de Víctimas y a la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra la mujer. Criterios para la prevención y atención.

**4.14 objector de conciencia:** Personal de salud que toma la decisión individual para dejar de realizar un acto médico y legalmente aprobado según la *Lex Artis* médica, aduciendo la transgresión que dicho acto médico hace a su libertad de pensamiento, conciencia o religión.

**4.15 Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales/Regionales:** Se refiere a las Delegaciones Estatales y/o Regionales que se establecen en el inciso a) de la fracción IV del artículo 2 del Reglamento Interior de Instituto Mexicano del Seguro Social.

**4.16 personal de salud:** Son los Médicos, Enfermeros, Trabajadoras Sociales, Asistentes Médicas.

**4.17 Procuraduría de Protección:** La Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes y las procuradurías de protección de niñas, niños y adolescentes de cada entidad federativa.

**4.18 referencia-contrareferencia:** Procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención del Instituto, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

**4.19 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud:** Son aquellos que permiten capturar, manejar e intercambiar información estructurada e integrada, del expediente clínico, así como información geográfica, social, financiera, de infraestructura y de cualquier otra índole que documente la atención médica prestada a un sólo individuo y/o la capacidad instalada de los establecimientos de salud. La información generada por estos, en conjunto con la información contenida en el Sistema Nacional de Información en Salud, se integran al Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

**4.20 tipos de violencia:** Psicológica, física, sexual y otras formas análogas.

**4.21 UMAE:** Unidad Médica de Alta Especialidad.

**4.22 urgencia:** Estado clínico caracterizado por alteraciones órgano-funcionales agudas o subagudas de severidad moderada, que tienen la potencialidad de afectar la función, el órgano o la vida, aplica en pacientes clasificados en color amarillo.

**4.23 usuaria:** Mujer, adolescente o niña, que solicita atención médica

**4.24 violación:** el delito que se tipifica con esa denominación en los códigos penales federal y local.



**4.25 violencia contra las mujeres:** Cualquier acción u omisión basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público;

- a. Que tenga lugar al interior de la familia o cualquier otra relación interpersonal, ya sea, o no, que el agresor/a comparta el mismo domicilio que la víctima.
- b. Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.
- c. Que tenga lugar en las instituciones públicas por parte de servidoras y servidores públicos a través de actos u omisiones que obstaculicen o impidan el goce y ejercicio de derechos humanos.

**4.26 violencia sexual:** La tentativa de consumar todo acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

## 5 Políticas

### 5.1. Generales

**5.1.1.** El presente procedimiento se aplica en apego al marco de la “NOM-046-SSA-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” a fin de armonizar la normatividad institucional en lo relativo a la atención médica en casos de violencia física y/o sexual.

**5.1.2.** La entrada en vigor del presente procedimiento deroga cualquier documento emitido con anterioridad, que en materia de prevención, detección, atención médica y orientación en casos de mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencia física y/o sexual en el IMSS se contraponga al mismo.

**5.1.3.** El incumplimiento de las personas servidoras públicas involucradas en el presente documento será causal de las responsabilidades penales, civiles, laborales y las que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

**5.1.4.** Corresponderá a la Unidad de Atención Médica, así como a la Unidad de Investigaciones y Procesos Jurídicos, interpretar el presente documento, así como resolver los casos especiales y no previstos en el mismo, en su respectivo ámbito de competencia.

**5.1.5.** La prestación de servicios de salud relacionada con la atención médica para casos de violencia física y/o sexual contra las mujeres, se otorgará con base en el marco legal, siempre bajo una perspectiva de género, de discapacidad, intercultural, de interseccionalidad; y se apegarán a los criterios de oportunidad, calidad técnica e interpersonal, confidencialidad, honestidad, buena fe, respeto a la dignidad y a los derechos



humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, como parte del cuidado de su salud integral.

**5.1.6.** Las personas titulares de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas y las personas titulares de las UMAE serán las responsables de asignar las actividades al personal de salud de acuerdo al Manual de Organización de la Jefatura de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-002 y el Manual de Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, clave 0500-002-002 respecto a la detección y atención médica en los casos de violencia física y/o sexual contra las mujeres.

**5.1.7.** Las Unidades Médicas deberán contar con el suficiente personal médico y de enfermería no objeto de conciencia, con la finalidad de garantizar que se preste la atención médica en la mejor de las condiciones posibles, sin forma alguna de discriminación.

**5.1.8.** En caso de que la Unidad Médica a la que acude la mujer, adolescente, niña y familiar o persona legalmente responsable, no cuente con personal médico y de enfermería no objeto de conciencia, el Instituto estará obligado a realizar, por todos los medios posibles a su alcance y en el modo más eficiente, el traslado de la solicitante a otra Unidad Médica ubicada a una distancia geográfica razonable y que se encuentre en posibilidad de otorgar el servicio requerido.

**5.1.9.** Las personas titulares de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas y personas titulares de las UMAE serán las responsables de asignar y vigilar las actividades de registro en los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud por parte del personal de salud de acuerdo con las instrucciones normativas médicas institucionales o sectoriales, en apego al presente procedimiento.

**5.1.10.** La Unidad de Investigaciones y Procesos Jurídicos será la responsable de asignar las actividades a las Jefaturas de Servicios Jurídicos y a las Jefaturas de División de Asuntos Jurídicos, en apego a lo que establece el presente procedimiento.

**5.1.11.** Las mujeres, adolescentes y niñas que acuden para solicitar atención médica por agresión sexual al servicio de urgencias deberán ser derivadas al servicio de tococirugía, en caso de que la unidad no cuente con este servicio, se clasificarán como triage amarillo de conformidad con el Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-045 o al Procedimiento para la clasificación de pacientes (triage) en el servicio de admisión continua o urgencias en unidades Médicas de Tercer Nivel, clave 2430-003-039 según corresponda, con la finalidad de dar prioridad a su valoración médica, siempre y cuando no se trate de una emergencia.

**5.1.12.** En caso de detectar en alguno de los servicios de las unidades médicas hospitalarias del Instituto que una mujer, adolescente o niña fue víctima de violencia física y/o sexual, el Personal de Salud deberá informarlo de manera inmediata al Personal Directivo de la Unidad, y realizará las acciones correspondientes para que se otorgue la atención correspondiente y se realice el llenado de la “Cédula para la detección y atención a la violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001, (Anexo 1).



**5.1.13.** En caso de que por circunstancias extraordinarias no sea posible entregar el informe de manera directa e inmediata a la Jefatura de Servicios Jurídicos o Jefatura de División de Asuntos Jurídicos según corresponda, con el fin de brindar la atención a la población usuaria solicitante de manera oportuna, el personal Directivo Médico o Responsable de la Unidad establecerá comunicación por el medio idóneo posible e informará la situación y especificará los detalles de la atención. Además, proporcionará a dicha área los datos necesarios para que esta emita, por el mismo medio, la opinión jurídica correspondiente. La comunicación que se realice bajo este criterio deberá formalizarse con la entrega del informe en un plazo no mayor a cinco días hábiles contados a partir de la fecha en la que se haya establecido la comunicación con la Jefatura de Servicios Jurídicos o Jefatura de División de Asuntos Jurídicos.

**5.1.14.** El presente procedimiento atiende a lo dispuesto en los siguientes documentos de referencia:

- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de junio de 2000 y su última modificación el 10 de noviembre de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH. México: CENSIDA/Secretaría de Salud. D.R 2021
- Guía de práctica clínica. Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad con énfasis en la violencia sexual. Evidencias y recomendaciones. CENETEC, actualización de 2018.

## 5.2. Específicas

### Detección de la violencia contra las mujeres, adolescentes y niñas

**5.2.1.** Las mujeres, adolescentes y niñas que se identifiquen como probable víctima de violencia física y/o sexual y que no acepten llenar la “Cédula para la detección y atención de violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1) se les ofrecerá asistencia en el servicio de Trabajo Social de la misma Unidad o de la Unidad de Referencia que le corresponda.

**5.2.2.** En el caso de las mujeres, adolescentes y niñas que no tengan la capacidad de comprender los hechos en las que se identifiquen datos de violencia, deberá solicitarse al padre, madre, persona legalmente responsable, familiar responsable, o tutor/a firmar el consentimiento informado y autorizar la revisión clínica correspondiente. Ante la falta de alguna de los anteriores, el personal médico informará de inmediato al Personal Directivo Médico/ Responsable de la Unidad, para que este solicite de forma inmediata el apoyo del



personal de la Procuraduría de Protección que corresponda, para su acompañamiento en el procedimiento, para lo cual podrá asesorarse con el personal de la Jefatura de Servicios Jurídicos de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y/o Regionales o de la División de Asuntos Jurídicos de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, según sea el caso.

**5.2.3.** El personal de salud deberá informar a la víctima sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia que se presenten, de igual forma sobre la existencia de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), Comisiones Ejecutivas de las entidades federativas o sus equivalentes y de los centros de apoyo disponibles responsables de orientar a las víctimas, para lo cual deberán consultar el “Directorio de Servicios de Atención a Mujeres” en la siguiente liga: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/datos-servicios-atencion-mujeres.pdf>

#### **Atención médica de la violencia sexual a las mujeres, adolescentes y niñas**

**5.2.4.** El personal de salud deberá otorgar la atención médica con respeto a los derechos humanos y sus características individuales, a las mujeres, adolescentes y niñas que la soliciten por ser víctimas de violencia.

**5.2.5.** La atención médica a las mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencia sexual, se otorgará de conformidad con los documentos normativos internos vigentes en el Instituto.

**5.2.6.** El personal médico proporcionará información completa, veraz y oportuna a las mujeres, adolescentes y niñas víctima de violencia sexual, en relación con el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y riesgos asociados y se elaborará el documento denominado carta de consentimiento informado que corresponda de acuerdo con los procesos médicos que se apliquen durante la atención médica, con el fin de que las mujeres tomen una decisión libre e informada.

#### **Atención médica de la violencia sexual en el caso de las mujeres, adolescentes y niñas que no tengan la capacidad de comprender los hechos**

**5.2.7.** En la atención médica de las mujeres, adolescentes y niñas que no tengan la capacidad de comprender los hechos, que se identifiquen signos de violencia sexual, el personal médico informará de inmediato al Personal Directivo Médico/ Responsable de la Unidad, quien deberá dar aviso de manera inmediata a la Procuraduría de Protección que corresponda y/o a las autoridades correspondientes para que esta intervenga en el ámbito de su competencia; para lo cual podrá asesorarse con el personal de la Jefatura de Servicios Jurídicos de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y/o Regionales o de la División de Asuntos Jurídicos de las Unidades Médicas de Alta Especialidad según corresponda.

#### **Atención Médica en casos de violación**



**5.2.8.** En casos de violación, el personal de salud deberá, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana aplicable, ofrecer de inmediato y hasta un máximo de 120 horas posteriores de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa consejería e información completa sobre su uso, con el fin de que la persona tome una decisión libre e informada. Asimismo, deberá prescribir profilaxis antimicrobiana y para infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), de acuerdo con la NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y control de la infección por VIH, y la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH y orientar sobre la importancia de proceder legalmente. En las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención además de ofrecer la anticoncepción de emergencia deberá derivar a la unidad de referencia correspondiente para la prescripción profiláctica de la infección por VIH.

**5.2.9.** En caso de embarazo por violación, el personal médico deberá prestar el servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), hasta antes de cumplir 12 semanas de gestación, previa solicitud por escrito de la mujer de 12 o más años de edad bajo protesta de decir verdad, de que dicho embarazo es producto de una violación, y de la firma de los formatos de “Carta de consentimiento informado de riesgos”, clave 2650-B09-002 (Anexo 2) y “Carta de consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo”, clave 2650-B09-003 (Anexo 3), y la “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres de 12 o más años” clave 2650-B09-004 (Anexo 4). En el caso de niñas y adolescentes, mayores de 12 años y menores de 18 años, no se requiere que los formatos antes referidos sean firmados por el padre, madre, tutor/a o representante legal.

**5.2.10.** El personal de salud podrá ejercer su derecho a ser objector de conciencia por la causa que considere, de acuerdo a sus creencias religiosas filosóficas o políticas, y deberá informarlo a su jefe inmediato superior.

**5.2.11.** El personal de salud deberá identificarse como objector o no objector de conciencia a través del “Formato de declaración para personal médico objector de conciencia en la aplicación de la NOM 046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” (Anexo 5), de conformidad con las directrices que para tal efecto la Dirección de Prestaciones Médicas establezcan.

**5.2.12.** El personal de salud que se identifique como objector de conciencia, podrá ejercer su derecho a serlo, sin obstaculizar el proceso de atención médica de la víctima por parte de otro profesional.

**5.2.13.** El personal de salud deberá brindar información veraz, oportuna y clara a toda mujer, adolescente y niña para que reciba atención adecuada y oportuna, independientemente de si es o no objector de conciencia.

**5.2.14.** La Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas y la Dirección de las Unidades Médicas de Alta Especialidad tendrán identificados al personal médico competente, que cumpla los requisitos para llevar a cabo el procedimiento de IVE en las unidades médicas de segundo y tercer nivel a su cargo garantizando la seguridad de la víctima.



**5.2.15.** El personal de salud que preste los servicios de IVE en caso de embarazo por violación, deberá cumplir con los requisitos señalados en la legislación federal y local aplicable.

**5.2.16.** El personal de salud que participe en el procedimiento de IVE no estará obligado a verificar el dicho de la solicitante, entendiéndose su actuación, basada en el principio de buena fe a que hace referencia el artículo 5 de la Ley General de Víctimas. En el caso de mujeres que tengan 12 o más años podrán solicitarlo de manera directa y otorgar su consentimiento.

**Atención Médica en casos de violación a las mujeres menores a 12 años, así como de las mujeres que no tengan la capacidad de comprender los hechos**

**5.2.17.** Cuando la IVE sea solicitada por una persona menor de 12 años de edad o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos se deberá llenar la “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos”, clave 2650-B09-005 (Anexo 6), la “Carta de consentimiento informado de riesgos”, clave 2650-B09-002 (Anexo 2) y la “Carta de consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo”, clave 2650-B09-003 (Anexo 3) los cuales deberán, ser firmados por su madre, padre y/o tutor; ante la falta de todas las anteriores, informará de inmediato al Personal Directivo Médico/ Responsable de la Unidad, para que este solicite de inmediato el apoyo del personal de la Procuraduría de Protección que corresponda, para su acompañamiento en el procedimiento.

**5.2.18.** El personal médico que tenga conocimiento del embarazo de una menor de 12 años o mujer que no tengan la capacidad de comprender los hechos, informará de inmediato al Personal Directivo Médico/ Responsable de la Unidad, ya que tendrán la obligación de hacerlo del conocimiento inmediato de la autoridad competente y de la Procuraduría de Protección que corresponda, en base a los “Supuestos para solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)”, (Anexo 7), y deberá otorgar la “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos”, clave 2650-B09-005 (Anexo 6), la “Carta de consentimiento informado de riesgos”, clave 2650-B09-002 (Anexo 2) y la “Carta de consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo”, clave 2650-B09-003 (Anexo 3) para firma a la madre, padre y/o tutor y ante la falta de todos los anteriores solicitará de inmediato el apoyo del personal de la Procuraduría de Protección que corresponda.

**Capacitación y difusión**

**5.2.19.** Para la prestación de los servicios de salud a las mujeres víctimas de violencia física y/o sexual, se deberá capacitar al personal directivo y operativo de manera continua en la materia, de conformidad con las disposiciones aplicables y con los contenidos de la “NOM 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” y sus modificaciones.



**5.2.20.** Las personas titulares de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas, a través de sus Coordinaciones Delegacionales, de acuerdo con sus ámbitos de competencia, (Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, Coordinación de Información y Análisis Estratégico, Coordinación de Gestión Médica), realizarán la difusión, implementación y vigilancia del cumplimiento de este procedimiento.

**5.2.21.** La persona titular de la Coordinación Médica de Turno en UMAE, el Subdirector Médico, los Titulares de las Coordinaciones Clínicas en Unidades Médicas de Segundo Nivel el Subdirector Médico, los Titulares de las Coordinaciones Clínicas en Unidades Médicas de Segundo Jefe de Servicio de Medicina Familiar en Primer Nivel, realizarán la difusión, implementación, capacitación, asesoría y/o adiestramiento del personal a su cargo, involucrado en las actividades señaladas en este documento y vigilarán que se cumplan las políticas y actividades del presente procedimiento para otorgar atención a las mujeres, adolescentes y niñas víctima de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

**5.2.22.** El personal de la Jefatura de Servicios Jurídicos o División de Asuntos Jurídicos según corresponda y el personal de salud, así como el de las áreas involucradas para dar cumplimiento al presente ordenamiento, deberán ser capacitados, sensibilizados y actualizados periódicamente con apoyo de la Coordinación de Educación e Investigación en Salud, de la Dirección Jurídica a través de la Coordinación de Igualdad, Género e Inclusión, en los siguientes contenidos:

- a. Marco conceptual: género, violencia, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos humanos (incluidos los sexuales y reproductivos), efectos de violencia en la salud, entre otros.
- b. Marco jurídico: Elementos básicos del derecho civil, penal y legislación aplicable en materia de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, NOM 046-SSA2-2005 “Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención” y sus modificaciones.
- c. Análisis de factores asociados a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- d. Detección sistemática de las mujeres usuarias de servicios de salud para el reconocimiento de indicadores de maltrato físico, sexual y psicológico en los casos de violencia familiar o sexual.
- e. Atención oportuna y de calidad.
- f. Evaluación de niveles de riesgo y del plan de seguridad.
- g. Criterios y procedimientos para referencia-contrareferencia, incluyendo el reconocimiento de las instancias que, en su contexto, prestan servicios según niveles de atención.
- h. Intervención en crisis, alternativas de atención psicológica especializada en función del nivel de violencia vivido por la víctima, y grupos de ayuda mutua.
- i. Anticoncepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo, conforme a la normatividad correspondiente, y tratamiento profiláctico por exposición para infección por VIH de acuerdo con la NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y control de la infección por VIH y la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH.



- j. Procedimientos para el registro de casos y aviso al Ministerio Público o Procuraduría de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes en caso de mujeres menores de 18 años.
- k. Información a las mujeres involucradas en situación de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, sobre centros especializados para el tratamiento, y asistencia social.

Para otorgar dicha capacitación, los Coordinadores de Prevención y Atención a la Salud, Coordinadores de Prevención y Enlace Institucional, Coordinadores de Información y Análisis Estratégico, Coordinadores de Gestión Médica, los Directores de Educación e Investigación en Salud de las UMAE, los Coordinadores Delegacionales de Enseñanza e Investigación y los cuerpos de gobierno de las Unidades Médicas identificarán las necesidades de capacitación en materia de prevención, detección y atención de la violencia familiar.

### **Aviso a Autoridades Jurisdiccionales**

**5.2.23.** Ante todo caso de sospecha o evidencia de violencia física y/o sexual, el personal de salud informará al personal Directivo Médico o Responsable de la Unidad Médica, para que notifique a la persona titular de Servicios Jurídicos o titular de la División de Asuntos Jurídicos según corresponda y dé aviso al Ministerio Público y a la Procuraduría de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes en caso de menores de 18 años de edad, o a la autoridad competente, mediante el “Aviso al Ministerio Público” (AMP),(Anexo 8), y “Aviso a la Procuraduría de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes”, clave 2650-B09-006 (Anexo 9).

**5.2.24.** En caso de que las mujeres, adolescentes y niñas afectadas no acepten la atención, el personal de salud notificará al personal Directivo o al Responsable de la unidad para darle vista a la autoridad competente.

### **Registro de información**

**5.2.25.** La atención que se otorgue por las categorías de los grupos de profesionales que estén en contacto con las mujeres, adolescentes y niñas afectadas, se registrará durante todo el proceso de atención médica en el formato “Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)” (Anexo 10) de manera manual o electrónica de acuerdo con las instrucciones normativas médicas institucionales o sectoriales, participarán en su llenado de forma enunciativa más no limitativa, el personal de Asistentes Médicas, Médicos tratantes, Trabajadora Social y Médicos directivos o a quienes estos designen.

**5.2.26.** El personal directivo de la unidad médica coordinará la integración de la documentación de los casos sospechosos, es decir, que tengan indicadores de violencia y que hayan sido confirmados mediante la aplicación de la “Cédula para la detección y atención de violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1), asimismo verificará el registro del caso en los sistemas institucionales vigentes de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10 con la clave que corresponda, según las “Fuentes de información en violencia familiar, sexual y contra las mujeres en el IMSS” (Anexo 11).



**5.2.27.** La Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas a través de la Coordinación de Gestión Médica, elabora listado bimestral de casos y enviará mediante correo electrónico de la información a la Jefatura de Servicios Jurídicos de la OOAD referente al número de casos de violencia detectados mediante la aplicación de la cedula para la “Detección y Atención de Violencia” (Anexo 1) quien realizará el análisis de la información y en su caso informar a quien corresponda.

#### **Atención a la salud mental**

**5.2.28.** Los Hospitales de Zona recibirán a las mujeres, adolescentes y niñas que sean referidas de Unidades de Medicina Familiar que no cuenten con servicio de Psicología, de conformidad con la “Norma que establecen las disposiciones técnico-médicas para la atención de pacientes con trastornos mentales y de comportamiento”, clave 2000-001-010 y el “Procedimiento para otorgar atención psicológica en las unidades médicas hospitalarias del IMSS”, clave 2660-A03-048.

NOTA: La “Norma que establecen las disposiciones técnico-médicas para la atención de pacientes con trastornos mentales y de comportamiento” 2000-001-010 y el “Procedimiento para otorgar atención psicológica en las unidades médicas hospitalarias del IMSS”, clave 2660-A03-048 se encuentran publicados en el Intranet.

**5.2.29.** En caso de presentar criterios de envío para la atención psiquiátrica, se realizará la referencia correspondiente.

**5.2.30.** En todos los casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, el personal médico tratante proporcionará información a la mujer afectada, a su familia y/o acompañante, acerca de los procedimientos realizados en el diagnóstico, tratamiento integral, complicaciones y pronóstico.

#### **Acompañamiento Jurídico**

**5.2.31.** Las Jefaturas de Servicios Jurídicos y las Divisiones de Asuntos Jurídicos según corresponda, brindarán en el ámbito de su competencia, asesoría jurídica al personal del Instituto involucrado en la atención de la persona víctima de violencia; y de ser el caso, presentarán ante el Ministerio Público el aviso que se hubiese elaborado por el área médica, en términos de la “NOM 046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra la mujer. Criterios para la prevención y atención”. De igual forma, atenderán los requerimientos realizados al Instituto por el Ministerio Público motivados por el aviso correspondiente. Esto será sin menoscabo de las actividades del servicio de Trabajo Social establecidas en los documentos normativos internos aplicables.

**5.2.32.** Las Jefaturas de Servicios Jurídicos y las Divisiones de Asuntos Jurídicos según corresponda, asistirán al personal del Instituto involucrado en la atención de las mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencia, y designarán al apoderado legal para las diligencias ordenadas por el Ministerio Público, motivadas por el aviso correspondiente; con excepción de los casos en los que dicho personal opte por la representación legal privada.



## Prevención

**5.2.33.** En materia de educación para la salud, las Direcciones Médicas en UMAE o las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas en Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y/o Regionales según corresponda, con apoyo y asesoría de la Unidad de Educación e Investigación, a través de la Coordinación de Educación en Salud, deberán realizar el diseño y ejecución de programas educativos que otorguen al personal de salud las herramientas necesarias para desarrollar las siguientes acciones en pro de la derechohabiencia:

- a. Pláticas respecto a la prevención y detección temprana de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres dirigidas a la población en general.
- b. Promover estilos de vida saludables que incluyan el desarrollo de responsabilidades compartidas al interior de las familias.
- c. Fomentar la integración de grupos de ayuda mutua, grupos de promotores y redes sociales en materia de violencia familiar, sexual o contra la mujer para informar, orientar, detectar y canalizarlos adecuadamente.

**5.2.34.** En materia de comunicación educativa, las Direcciones Médicas en UMAE o las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas en Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y/o Regionales según corresponda con apoyo de la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal y de la Unidad de Educación e Investigación en cuadyuvancia con la Coordinación de Igualdad, Género e Inclusión y Unidad de Comunicación Social, promover el diseño de campañas educativas para orientar, motivar e informar a la población en general y a las personas trabajadoras del Instituto, sobre las formas en las que se puede prevenir y combatir la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.



| Responsable   | Descripción de actividades  |
|---|---|
| <b>6 Descripción de actividades</b>                               |   |
| Asistente Médica<br><br>Enfermera General o<br>Enfermera Auxiliar | <p>1. Actúa en relación al servicio en que se encuentre.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad A</b><br/><b>En Consulta Externa de Ginecología</b></p> <p>Continúa en la actividad 2.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad B</b><br/><b>En Admisión de Tococirugía/Urgencias por<br/>violencia física y/o sexual durante las siguiente<br/>120 horas</b></p> <p>Continúa en la actividad 17.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad C</b><br/><b>En Admisión de Tococirugía/Urgencias por<br/>Solicitud de interrupción de embarazo por<br/>violencia sexual después de las 120 horas</b></p> <p>Continúa en la actividad 38.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad A</b><br/><b>En Consulta Externa</b></p> <p>2. Recibe a la usuaria y a su familiar o persona legalmente responsable que fue referida de UMF para tratamiento especializado y le solicita su "Cartilla Nacional de Salud".</p> <p>NOTA: En caso de que el Formato de "Referencia-Contrareferencia 4-30-08/98", no se encuentre anexo al "Expediente clínico" se lo deberán solicitar a la paciente.</p> <p>3. Ratifica la vigencia de derechos en el "Sistema ACCEDER".</p> <p>4. Acompaña a la usuaria con su familiar o persona legalmente responsable con la Enfermera General o Enfermera Auxiliar del consultorio y le entrega su "Cartilla Nacional de Salud".</p> <p>5. Recibe a la usuaria y le toma los signos vitales y la acompaña con el Médico No Familiar para recibir la atención médica.</p> |



| Responsable        | Descripción de actividades  |
|--------------------|---|
| Médico No Familiar | <p><b>6.</b> Recibe a la usuaria con su familiar o persona legalmente responsable y le pregunta si ya llenó la “Cédula para la detección y atención de violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1).</p> <p>NOTA: En caso de que no haya llenado la “Cédula para la detección y atención de violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1) se la proporciona para su llenado y se anexa al “Expediente clínico”.</p> <p><b>7.</b> Otorga atención médica y establece el tratamiento que requiere la mujer, adolescente o niña.</p> <p style="text-align: center;"><b>Alta y seguimiento en Unidad de Medicina Familiar</b></p> <p>Continúa en la actividad 8.</p> <p style="text-align: center;"><b>Interconsulta a otro servicio</b></p> <p>Continúa en la actividad 10.</p> <p style="text-align: center;"><b>Referencia a tercer nivel</b></p> <p>Continúa en la actividad 13.</p> <p style="text-align: center;"><b>Alta y seguimiento en Unidad de Medicina Familiar</b></p> <p><b>8.</b> Informa a la usuaria, y en caso de adolescente o niña al familiar o persona legalmente responsable sobre el motivo de alta y elabora la contrareferencia en original y copia en el formato “Referencia-Contrareferencia 4-30-08/98”.</p> <p>NOTA: El formato “Referencia y Contrarreferencia 4-30-8/98” es el Anexo 5 del “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en consulta externa de especialidades en las unidades médicas hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-016.</p> <p><b>9.</b> Entrega a la usuaria en caso de menor de edad, al familiar o persona legalmente responsable el original del formato “Referencia-Contrareferencia 4-30-08/98”, integra la copia al “Expediente clínico” y concluye esta parte del proceso.</p> |



| Responsable        | Descripción de actividades   |
|--------------------|--|
| Médico No Familiar | <p style="text-align: center;"><b>Interconsulta a otro servicio</b></p> <p><b>10.</b> Informa a la usuaria, en caso de menor de edad al familiar o persona legalmente responsable que requiere valoración de otra especialidad, elabora el formato “Solicitud de servicios 4-30-200”, clave 2430-021-117 en original y copia y le entrega original.</p> <p>NOTA: El formato “Solicitud de servicios 4-30-200”, clave 2430-021-117 es el Anexo 24 del “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en la Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-016.</p> <p><b>11.</b> Indica a la usuaria, en caso de menor de edad al familiar o persona legalmente responsable que debe entregar el formato “Solicitud de servicios 4-30-200”, clave 2430-021-117 a la Asistente Médica del Servicio del que solicita la especialidad para que le otorguen cita para la valoración, le indica que deberá solicitar cita subsecuente para evaluar el resultado de la interconsulta e integra copia del formato “Solicitud de servicios 4-30/200”, clave 2430-021-117 en el “Expediente clínico”.</p> <p><b>12.</b> Recibe a la usuaria con su familiar o persona legalmente responsable el día de su consulta subsecuente, revisa el resultado de la interconsulta establecido en el formato “Notas médica y prescripción 4-30-128/72”, clave 2430-021-117 que se encuentra en el “Expediente clínico y determina seguimiento o alta del servicio.</p> <p style="text-align: center;"><b>Seguimiento en el servicio</b></p> <p>Continúa en la actividad 7.</p> <p style="text-align: center;"><b>Alta del servicio</b></p> <p>Continúa en la actividad 8.</p> <p style="text-align: center;"><b>Referencia a tercer nivel</b></p> |



| Responsable        | Descripción de actividades   |
|--------------------|--|
| Médico No Familiar | <p>13. Informa a la usuaria, al familiar o persona legalmente responsable que requiere valoración por una subespecialidad y envío a tercer nivel de atención y elabora la referencia en original y copia en el formato “Referencia-Contrareferencia 4-30-08/98”.</p> <p>14. Indica a la usuaria, en caso de menor de edad al familiar o persona legalmente responsable que deberá sacar cita subsecuente, una vez que haya sido dada de alta de tercer nivel de atención, le entrega el original del formato “Referencia-Contrareferencia 4-30-08/98” e integra la copia en el “Expediente clínico”.</p> <p>15. Recibe a la usuaria, y familiar o persona legalmente responsable el día de su consulta subsecuente, le solicita su contrareferencia (formato “Referencia-Contrareferencia 4-30-08/98”) y atiende las indicaciones de tercer nivel.</p> <p>16. Determina seguimiento o alta del servicio de la mujer, adolescente o niña.</p> |
| Asistente Médica   | <p style="text-align: center;"><b>Seguimiento en el servicio</b></p> <p>Continúa en la actividad 7.</p> <p style="text-align: center;"><b>Alta del servicio</b></p> <p>Continúa en la actividad 8.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad B</b><br/><b>En Admisión de Tococirugía/Urgencias</b><br/><b>Por violencia física y/o sexual dentro de las</b><br/><b>siguiente 120 horas</b></p> <p>17. Recibe a la usuaria, con su familiar o persona legalmente responsable que fue referida o que llega de manera espontánea y le solicita la “Cartilla Nacional de Salud”.</p> <p>NOTA: En caso de referencia, deberá solicitar el formato “Referencia-contrareferencia 4-30-8/98”.</p>  |



| Responsable  | Descripción de actividades  |
|--|---|
| Asistente Médica   | <p><b>18.</b> Verifica la vigencia de derechos en el “Sistema ACCEDER”, entrega “Cartilla Nacional de Salud” a la usuaria, o familiar o persona legalmente responsable y los deriva con la Enfermera General o Auxiliar de Enfermería de Admisión de Tococirugía o con el Medico No Familiar de Triage según corresponda, para la toma se dignos.</p>                   |
| Enfermera General o Auxiliar de Enfermería de Admisión de Tococirugía o Medico No Familiar de Triage | <p><b>19.</b> Recibe a la usuaria, con su familiar o persona legalmente responsable y le toma los signos vitales.</p> <p>NOTA: El Medico No Familiar de Triage deberá clasificar la urgencia en color amarilla y realizar lo establecido en la política 5.1.9 cuando la urgencia no ponga en peligro algún órgano de la vida misma de la mujer, adolescente o niña.</p> |
| Enfermera General o Auxiliar de Enfermería de Admisión de Tococirugía                                | <p><b>20.</b> Conduce a la usuaria con su familiar o persona legalmente responsable con el Médico No Familiar para su valoración.</p>   |
| Médico No Familiar de Admisión de Tococirugía  | <p><b>21.</b> Aplica los “Indicadores o signos de alarma de violencia” (Anexo 12) a la usuaria, o familiar o persona legalmente responsable.</p>  |
|  | <p><b>22.</b> Aplica a la usuaria o familiar o persona legalmente responsable la “Evaluación del estado mental y criterios de referencia”, (Anexo 13).</p>  |
|  | <p><b>23.</b> Aplica a la usuaria, o familiar o persona legalmente responsable la “Escala para medir el grado de violencia (EMGV)”, clave 2650-B09-007(Anexo 14) y la integra en el “Expediente Clínico”.</p>   |
|  | <p><b>24.</b> Informa a la usuaria, o familiar o persona legalmente responsable, sobre la “Cédula para la detección y atención de violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1) y las ventajas de realizarla y le ayuda a su llenado.</p>   |
|  | <p>NOTA: Cuando la usuaria o familiar o persona legalmente responsable en caso de adolescente o niña; no acepten llenar la “Cédula para la detección y atención de violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1), se le notificará al Personal Directivo Médico o Responsable de la Unidad para su orientación.</p>   |



| Responsable                                   | Descripción de actividades  |
|---|---|
| Médico No Familiar de Admisión de Tococirugía | <p><b>25.</b> Registra los datos detectados sobre violencia en el Formato “Nota médica y de prescripción 4-30-128/72 del “Expediente clínico” en papel o electrónico, con la clave CIE 10 que corresponda, de acuerdo con las “Fuentes de información en violencia familiar, sexual y contra las mujeres en el IMSS”, (Anexo 11) y al procedimiento de su nivel de atención.</p> <p>NOTA: El formato “Notas médicas y de prescripción 4-30-128/72”, es el anexo 9 del Procedimiento para el manejo y traslado de cadáveres, especímenes quirúrgicos y citológicos en Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-069.</p> <p><b>26.</b> Notifica, al personal Directivo o responsable de la Unidad Médica del turno para que dé aviso al Ministerio Público, Procuraduría de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes en caso de menores de 18 años de edad, o la autoridad competente y elabora el “Aviso al Ministerio Público (AMP)” (Anexo 8) o “Aviso a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes”, clave 2650-B09-006 (Anexo 9).</p> <p>NOTA: El “Aviso al Ministerio Público (AMP)” (Anexo 8), es el apéndice informativo 1 de la NOM-046-SSA2-2005.</p> <p><b>27.</b> Notifica a Trabajo Social para su seguimiento.</p> <p><b>28.</b> Ofrece atención médica correspondiente a la usuaria, al familiar o persona legalmente responsable.</p> <p style="text-align: center;"><b>No acepta atención médica</b></p> <p><b>29.</b> Informa al personal Directivo Médico o Responsable de la Unidad para su orientación que la usuaria al familiar o persona legalmente responsable no acepta la atención médica.</p> <p>Continúa en la actividad 65.</p> <p style="text-align: center;"><b>Acepta atención médica, pero es menor de 12 años de edad o no está en condiciones de responder</b></p> <p><b>30.</b> Informa al familiar o persona legalmente</p> |



| Responsable                                   | Descripción de actividades  |
|---|---|
| Médico No Familiar de Admisión de Tococirugía | <p>responsable sobre la necesidad de realizar un interrogatorio y exploración física a la adolescente, niña o a la mujer que no está en condiciones de responder y solicita el llenado del formato de "Carta de consentimiento informado de la usuaria para procedimiento médico", clave 2650-B09-008 (Anexo 15).</p> <p><b>No acepta que se le realice el interrogatorio y la exploración física</b></p> <p>Continúa en la actividad 29.</p> <p><b>Acepta se realice el interrogatorio y la exploración física</b></p> <p>Continúa en la actividad 33.</p> <p><b>Acepta atención médica y tiene 12 años o más y está en condiciones de responder</b></p> <p>31. Informa a la usuaria sobre la necesidad de realizarle un interrogatorio y exploración física.</p> <p><b>No acepta que se le realice el interrogatorio y la exploración física</b></p> <p>32. Informa al personal Directivo Médico o Responsable de la Unidad para su orientación que la usuaria o familiar o persona legalmente responsable no acepta la exploración física e interrogatorio.</p> <p>Continúa en actividad 65.</p> <p><b>Acepta se realice el interrogatorio y la exploración física</b></p> <p>33. Valora si la usuaria, debe ser referida a otro nivel de atención, registra en el Formato "Nota médica y de prescripción 4-30-128/72 los resultados del interrogatorio y exploración física, los datos auxiliares que sustenten el diagnóstico, el plan de manejo y de seguimiento, así como signos o síntomas que indican la violencia sexual.</p> <p>NOTA 1: Si se requiere referirla a otro nivel de atención hará a</p> |



| Responsable                                   | Descripción de actividades   |
|---|--|
| Médico No Familiar de Admisión de Tococirugía | <p>través del formato “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98”.<br/><br/>NOTA 2: Si se considera necesario el apoyo extrainstitucional o de estudios complementarios se deberá llenar el formato “Solicitud de servicios 4-30-200”.</p> <p><b>34.</b> Informa y ofrece anticoncepción de emergencia, que está indicado para personas afectadas, dentro de las primeras 120 horas de transcurrida la agresión. Para mayor referencia ver el “Procedimiento de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2230-003-001”.<br/><br/>NOTA: En caso de no aceptar la Anticoncepción de emergencia lo registra en el “Expediente clínico”.</p> <p><b>35.</b> Informa y prescribe a la usuaria, al familiar o persona legalmente responsable, profilaxis antimicrobiana y para infección por el VIH el tratamiento correspondiente de acuerdo con la “NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y control de la infección por VIH” y la “Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH”.<br/><br/>NOTA: En caso de no aceptar la profilaxis antimicrobiana y para infección por el VIH lo registra en el “Expediente clínico”.</p> <p><b>36.</b> Llena sección correspondiente del formato “Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)” (Anexo 10) de acuerdo con las instrucciones normativas institucionales o sectoriales.<br/><br/>NOTA: El “Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)” (Anexo 10), es el apéndice informativo 2 de la NOM-046-SSA2-2005.</p> <p><b>37.</b> Notifica al personal Directivo Médico o Responsable de la Unidad de los casos presentados de violencia sexual y le entrega los formatos de “Cédula para la detección y atención a la violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1); “Escala para medir el grado de violencia (EMGV)”, clave 2650-B09-007 (Anexo 14); “Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)” (Anexo 10); “Aviso al Ministerio Público (AMP)” (Anexo 8); “Aviso</p> |



| Responsable   | Descripción de actividades  |
|---|---|
| Médico No Familiar de Admisión de Tococirugía   | <p>a la Procuraduría de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes”, clave 2650-B009-006 (Anexo 9); “Nota médica” y “Carta de consentimiento informado de la usuaria para procedimiento médico”, clave 2650-B009-008 (Anexo 15).</p> <p>Continúa en la actividad 65.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad C</b><br/><b>En Admisión de Tococirugía/Urgencias</b><br/><b>Por Solicitud de interrupción de embarazo por violencia sexual después de las 120 horas</b></p>   |
| Asistente Médica  | <p>38. Recibe a la usuaria, o familiar o persona legalmente responsable que fue referida de otra unidad Médica u otro Servicio de la misma unidad Médica o que llega de manera espontánea y solicita la IVE.</p> <p>39. Solicita a la usuaria o al familiar o persona legalmente responsable en caso de adolescente o niña, la “Cartilla Nacional de Salud”, verifica vigencia de derechos y si cuenta con registro de la “Cédula para la detección y atención a la violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1).</p> <p>NOTA: Si no se cuenta con la “Cédula para la detección y atención a la violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1), se gestionará su llenado con la mujer o familiar o persona legalmente responsable en caso de adolescente o niña.</p> <p>40. Deriva a la usuaria, con su familiar o persona legalmente responsable con la Enfermera General o Auxiliar de Enfermería de Admisión de Tococirugía o con el Medico No Familiar de Triage según corresponda, para la toma se dignos.</p> |
| Enfermera General o Auxiliar de Enfermería de Admisión de Tococirugía o con el Medico No Familiar de Triage | <p>41. Recibe a la usuaria, con su familiar o persona legalmente responsable y le toma los signos vitales.</p> <p>NOTA: El Medico No Familiar de Triage deberá clasificar la urgencia en color amarilla y realizar lo establecido en la política 5.1.10 cuando la urgencia no ponga en peligro algún órgano de la vida misma de la mujer, adolescente o niña.</p> <p>42. Conduce a la usuaria con su familiar o persona legalmente responsable con el Médico No Familiar para su atención.</p>  |



| Responsable  | Descripción de actividades  |
|--|---|
| Medico No Familiar Gineco Obstetra   | <p>43. Otorga Información de manera clara y sencilla respecto en que consiste la IVE, así como sus beneficios y posibles complicaciones y aclara dudas.</p>   |
| Titular de la División de Obstetricia o Coordinación de Clínica de Gineco-Obstetricia o Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia | <p>44. Avisa al Titular de la Jefatura de Servicio de Gineco Obstetricia sobre el caso de la mujer adolescente o niña que solicita la IVE.</p> <p>45. Solicita a la usuaria o para el caso de las menores de 12 años al padre, madre, tutor/a o representante legal, describir en la “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres de 12 o más años”, clave 2650-B09-004 (Anexo 4) o “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos”, clave 2650-B09-005 (Anexo 6) según corresponda, bajo protesta de decir verdad los hechos con los requisitos marcados en el presente procedimiento.</p> <p>46. Solicita “Ultrasonido Obstétrico” al Servicio de Gineco Obstetricia a través de “Solicitud de servicios 4-30-200”, clave 2430-021-117 y verifica a través de este, la edad gestacional.</p> <p>47. Integra el “Informe de IVE por violación” y lo envía al personal Directivo Médico o Responsable de la Unidad, con la siguiente documentación e información:</p> <p>a) Anexos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Solicitud de Interrupción voluntaria del embarazo para mujeres de 12 o más años”, clave 2650-B09-004 (Anexo 4) o “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos”, clave 2650-B09-005 (Anexo 6) según corresponda</li><li>✓ “Carta de consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo”, clave 2650-B09-003 (Anexo 3) o Carta de consentimiento informado de riesgos, clave 2650-B09-002 (Anexo 2), según corresponda, suscrito por la solicitante, su representante legal o tutor</li><li>✓ Otros documentos que considere relevantes</li></ul> |



| Responsable  | Descripción de actividades  |
|--|---|
| Titular de la División de Obstetricia o Coordinación de Clínica de Gineco-Obstetricia o Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia | <p>b) Información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Fecha del informe.</li><li>✓ Datos generales de la mujer solicitante.</li><li>✓ Datos de la unidad médica en la que se llevaría a cabo el procedimiento de interrupción del embarazo.</li><li>✓ Edad gestacional estimada.</li><li>✓ Comentarios adicionales que se consideren relevantes (opcional).</li><li>✓ Firma del médico tratante.</li></ul>   |
| Personal Directivo Médico/ Responsable de la Unidad  | <p><b>48.</b> Recibe “Informe de IVE por violación” y verifica que cuente con la información y anexos completos y correctos.</p> <p>NOTA: En caso de que el “Informe de IVE por violación” esté incompleto o incorrecto, realizará las gestiones conducentes para que el informe y sus anexos estén completos y correctos.</p> <p><b>49.</b> Firma el “Informe de IVE por violación” y lo entrega al Titular de la División de Obstetricia o Coordinación de Clínica de Gineco-Obstetricia para que integre una copia de este en el “Expediente clínico” de la mujer, adolescente o niña como respaldo.</p>                         |
| Titular de la División de Obstetricia o Coordinación de Clínica de Gineco-Obstetricia o Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia | <p><b>50.</b> Integra la copia del “Informe de IVE por violación” y de sus “Anexos” al “Expediente clínico” y lo devuelve al Personal Directivo Médico/ Responsable de la Unidad.</p>   |
| Personal Directivo Médico/ Responsable de la Unidad  | <p><b>51.</b> Remite el “Informe de IVE por violación” y sus “Anexos” al personal de la Jefatura de Servicios Jurídicos o Jefatura de División de Asuntos Jurídicos, o a quien se designe por parte de la JSPM, con el fin de que envíe la opinión jurídica correspondiente.</p> <p>NOTA: Para la remisión del informe a la Jefatura de Servicios Jurídicos o Jefatura de División de Asuntos Jurídicos se deberá considerar el medio más eficiente para propiciar la prontitud en la atención, asegurando que en caso de que se determine llevar a cabo la interrupción del embarazo se brinde el servicio de manera oportuna.</p> |



| Responsable   | Descripción de actividades  |
|---|---|
| Jefatura de Servicios Jurídicos o Jefatura de División de Asuntos Jurídicos | <p><b>52.</b> Emite la “Opinión jurídica” correspondiente con base en el “Informe de IVE por violación” remitido, la cual deberá indicar como mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Si el embarazo derivado de la violación se encuentra en los causales de excepción o no punibilidad que establece el código penal local para el delito de aborto o equivalente.</li><li>✓ En su caso, las condicionantes exigidas o gestiones previas para llevar a cabo el procedimiento de interrupción del embarazo.</li><li>✓ En su caso, la edad gestacional límite para realizar la interrupción del embarazo.</li><li>✓ Firma del Responsable de la “Opinión jurídica”</li></ul> <p>E integra “Expediente” del caso con Informe de IVE por violación” y sus “Anexos”.</p> <p><b>53.</b> Remite la “Opinión jurídica” a través de “Correo electrónico” al Personal Directivo Médico/ Responsable de la Unidad que la solicitó y copia a la Coordinación de Gestión Médica o a quien se designe dependiente de la JSPM y continúa brindando acompañamiento y asesoría.</p> |
| Personal Directivo Médico/ Responsable de la Unidad                         | <p>NOTA 1: Para la remisión de la “Opinión jurídica” al personal Directivo Médico o Responsable de la Unidad se deberá considerar el medio más eficiente para propiciar la prontitud en la atención, asegurándose que, de considerarse que la situación específica se encuentra en los casos de excepción que establece el código penal estatal para el delito de aborto o equivalente, se pueda brindar el servicio de manera oportuna.</p> <p>NOTA 2: En los casos señalados en la Actividad 38, con el fin de brindar la atención a la mujer solicitante de manera oportuna, se deberá emitir la opinión jurídica por el mismo medio, asegurándose que la comunicación se formalice en un plazo no mayor a cinco días hábiles, a partir de la recepción del informe que envíe el personal Directivo Médico o Responsable de la Unidad solicitante.</p> <p><b>54.</b> Revisa la “Opinión jurídica”, verifica si de esta se desprende que el embarazo derivado de una violación se encuentra entre los casos de excepción o no punibilidad para el delito de aborto o equivalente.</p>       |



| Responsable   | Descripción de actividades   |
|---|--|
| Personal Directivo Médico/<br>Responsable de la Unidad  | <p>55. Informa a la persona Titular de la División de Obstetricia o del Departamento Clínico de Admisión Continua y Unidad Tococirugía o Coordinación de Clínica de Gineco-Obstetricia o Jefe de Servicio de Gineco-Obstetricia el resultado de la “Opinión jurídica” y se la entrega.</p> <p>56. Integra al “Expediente clínico” la “Opinión jurídica” y actúa conforme al resultado de la misma.</p>   |
| Titular de la División de Obstetricia o del Departamento Clínico de Admisión Continua y Unidad Tococirugía o Coordinación de Clínica de Gineco-Obstetricia o Jefe de Servicio de Gineco-Obstetricia | <p><b>El embarazo se encuentra entre los casos de excepción o no punibilidad para el delito de aborto o equivalente</b></p> <p>57. Solicita al Médico No Familiar designado para tratamiento llevar a cabo el procedimiento médico para la interrupción del embarazo.</p>  |
| Médico No Familiar designado para tratamiento   | <p>58. Interrumpe el embarazo atendiendo el “Manual de práctica clínica para un aborto seguro” y a las “Directrices sobre la atención para el aborto” y llena sección correspondiente del “Registro de atención en casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)” (Anexo 10) de acuerdo con las instrucciones normativas institucionales o sectoriales en el formato.</p> <p>NOTA: El “Manual de práctica clínica para un aborto seguro” y las “Directrices sobre la atención para el aborto”, publicados por la Organización Mundial de la Salud en 2014 y 2022 respectivamente, se pueden consultar en las siguientes ligas: <a href="https://apps.who.int/iris/handle/10665/134747">https://apps.who.int/iris/handle/10665/134747</a> y <a href="https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316">https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316</a> correspondientemente.</p> <p>Continúa con la actividad 65.</p> |
| Titular de la División de Obstetricia o del Departamento Clínico de Admisión Continua y Unidad Tococirugía o Coordinación de Clínica de Gineco-Obstetricia o Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia | <p><b>El embarazo no se encuentra entre los casos de excepción o no punibilidad para el delito de aborto o equivalente</b></p> <p>59. Informa y explica a la usuaria solicitante los motivos por los cuales no es posible realizar el procedimiento de interrupción del embarazo y aclara dudas.</p>   |



| Responsable   | Descripción de actividades  |
|---|---|
| Médico No Familiar designado para tratamiento       | <p><b>60.</b> Notifica al personal Directivo Médico o Responsable de la Unidad de los casos presentados para la IVE y le entrega los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ “Cédula para la detección y atención a la violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1)</li><li>✓ “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres de 12 o más años”, clave 2650-B09-004 (Anexo 4) o “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos”, clave 2650-B09-005 (Anexo 6)</li><li>✓ “Carta de consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo” clave 2650-B09-003 (Anexo 3)</li><li>✓ “Carta de consentimiento informado de riesgos” clave 2650-B09-002 (Anexo 2)</li><li>✓ Registro de atención en casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)” (Anexo 10).</li></ul>   |
| Personal Directivo Médico/ Responsable de la Unidad | <p><b>61.</b> Recibe aviso del Médico No Familiar y notifica al Agente del Ministerio Público o Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o autoridades competentes de la presencia de la persona afectada en la unidad médica y da aviso a la Jefatura de Servicios Jurídicos y/o Jefatura de División de Asuntos Jurídicos para seguimiento.</p> <p><b>62.</b> Elabora “Lista nominal” de los casos de violencia sexual y IVE que se presentaron en la unidad médica de acuerdo a los formatos que le fueron entregados por el Médico No Familiar de Admisión de Tococirugía/Urgencias.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ “Cédula para la detección y atención a la violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1)</li><li>✓ “Escala para medir el grado de violencia (EMGV)” clave 2650-B09-007 (Anexo 14)</li><li>✓ “Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)” (Anexo 10)</li><li>✓ “Aviso al Ministerio Público AMP” (Anexo 8) o</li><li>✓ “Aviso a la Procuraduría de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes”, clave 2650-B09-006 (Anexo 9)</li><li>✓ “Carta de consentimiento informado de la usuaria</li></ul> |



| Responsable  | Descripción de actividades  |
|--|---|
| Personal Directivo Médico/<br>Responsable de la Unidad | <p>para procedimiento médico”, clave 2650-B09-008 (Anexo 15) o</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres de 12 o más años”, clave 2650-B09-004 (Anexo 4) o</li><li>✓ “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos”, clave 2650-B09-005 (Anexo 6)</li><li>✓ “Carta de consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo” clave 2650-B09-003 (Anexo 3) o</li><li>✓ “Carta de consentimiento informado de riesgos” clave 2650-B09-002 (Anexo 2)</li></ul> <p><b>63.</b> Llena sección correspondiente del “Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)” (Anexo 11) de acuerdo con las instrucciones normativas institucionales o sectoriales.</p> <p>NOTA: Para realizar esta actividad podrá designar a personal de la Unidad Médica a su cargo.</p> <p><b>64.</b> Concentra en el “Expediente Clínico” los siguientes documentos que notificó, respecto de cada una de las usuarias, a las que se les dictamine violencia familiar, sexual y contra las mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ “Cédula para la detección y atención a la violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1)</li><li>✓ “Escala para medir el grado de violencia (EMGV)” clave 2650-B09-007(Anexo 14)</li><li>✓ “Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)” (Anexo 10)</li><li>✓ “Aviso al Ministerio Público (AMP)” (Anexo 8) o</li><li>✓ “Aviso a la Procuraduría de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes”, clave 2650-B009-006 (Anexo 9)</li><li>✓ “Carta de consentimiento informado de la usuaria para procedimiento médico”, clave 2650-B09-008 (Anexo 15) o</li><li>✓ “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres de 12 o más años”, clave 2650-B09-004 (Anexo 4) o</li><li>✓ “Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo</li></ul> |

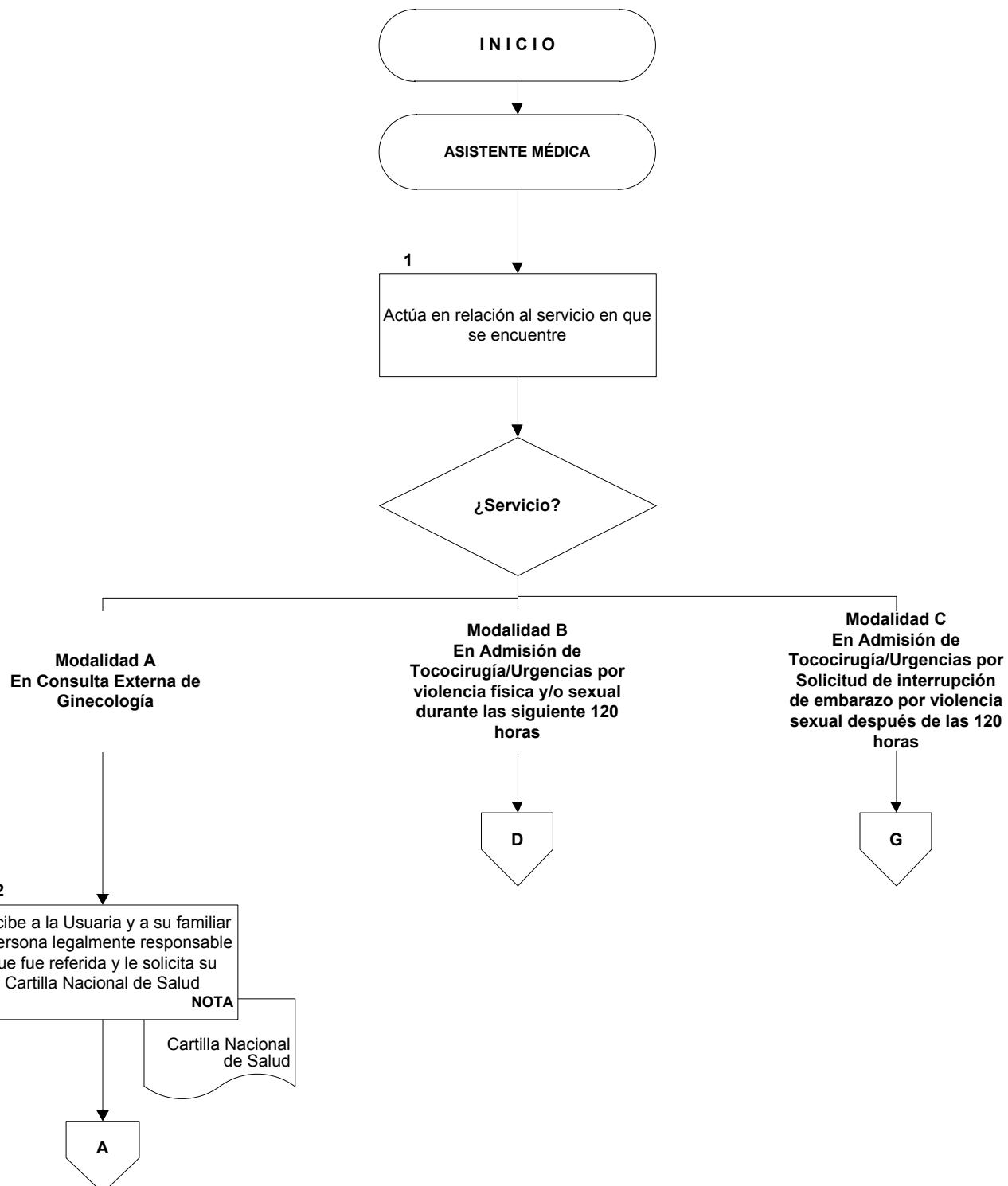


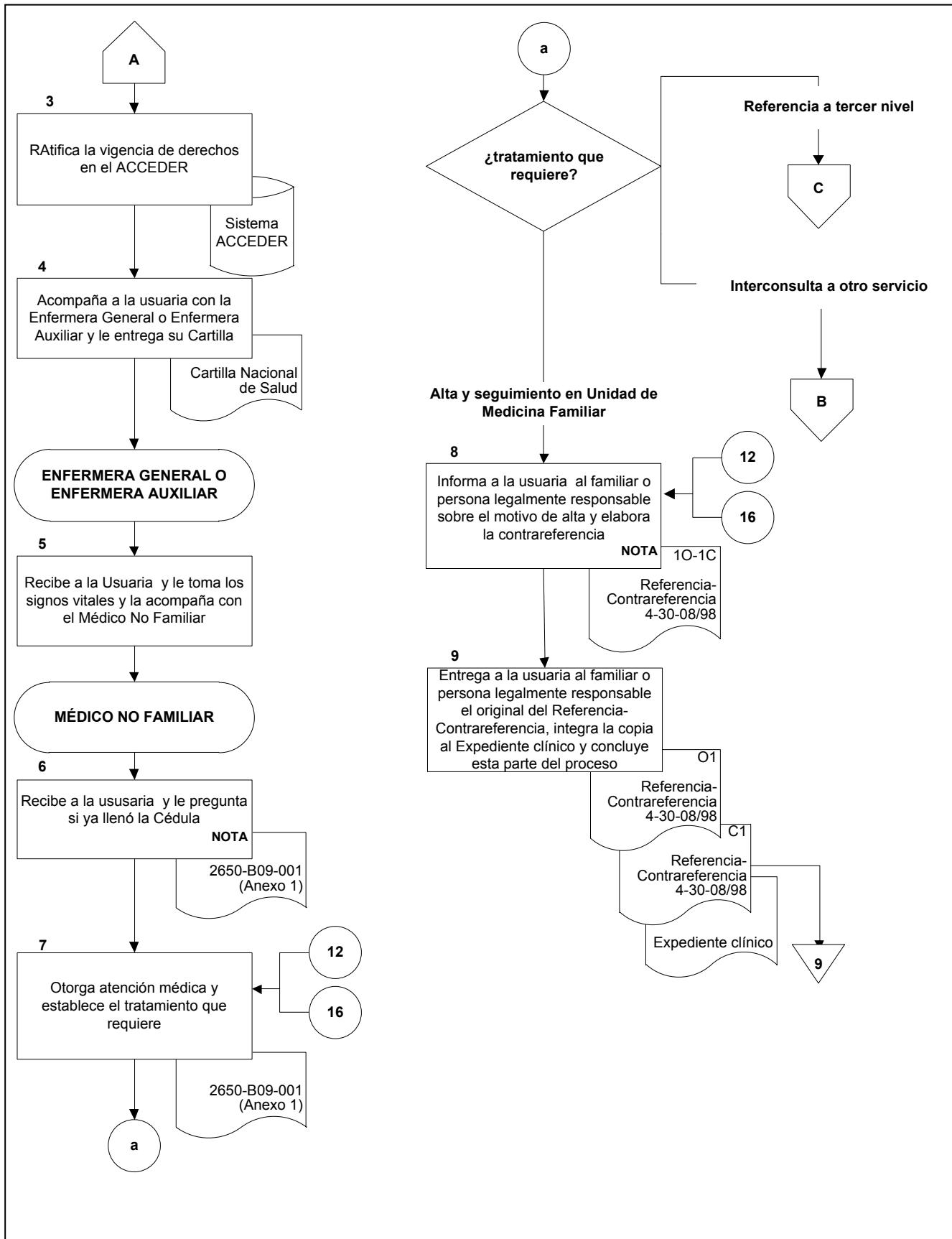
| Responsable  | Descripción de actividades  |
|--|---|
| Personal Directivo Médico/<br>Responsable de la Unidad | <p>(IVE) a menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos”, clave 2650-B09-005 (Anexo 6)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ “Carta de consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo” clave 2650-B09-003 (Anexo 3) o</li><li>✓ “Carta de consentimiento informado de riesgos” clave 2650-B09-002 (Anexo 2)</li><li>✓ “Nota de trabajo social 4-30-54/2000”.</li><li>✓ “Nota médica” (con base a la NOM 004-SSA3-2012, del expediente clínico).</li></ul> <p><b>65.</b> Concentra el “Listado nominal” de los casos presentados en su turno y lo entrega al personal epidemiología o equivalente de la unidad.</p> <p>NOTA: En los casos de personas que sean referidas de otras categorías, les orientará e informará sobre los beneficios de recibir atención médica oportuna, así como de las ventajas y beneficios del llenado de la “Cédula para la Detección y Atención de Violencia (CDAV)”, clave 2650-B09-001 (Anexo 1).</p> |
| Epidemiólogo   | <p><b>66.</b> Valida que los casos registrados, se incluyan en el “Informe semanal” de casos nuevos en la semana epidemiológica correspondiente.</p> <p><b>67.</b> Participa con el cuerpo de Gobierno de la unidad en el análisis de la información de los casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.</p>   |

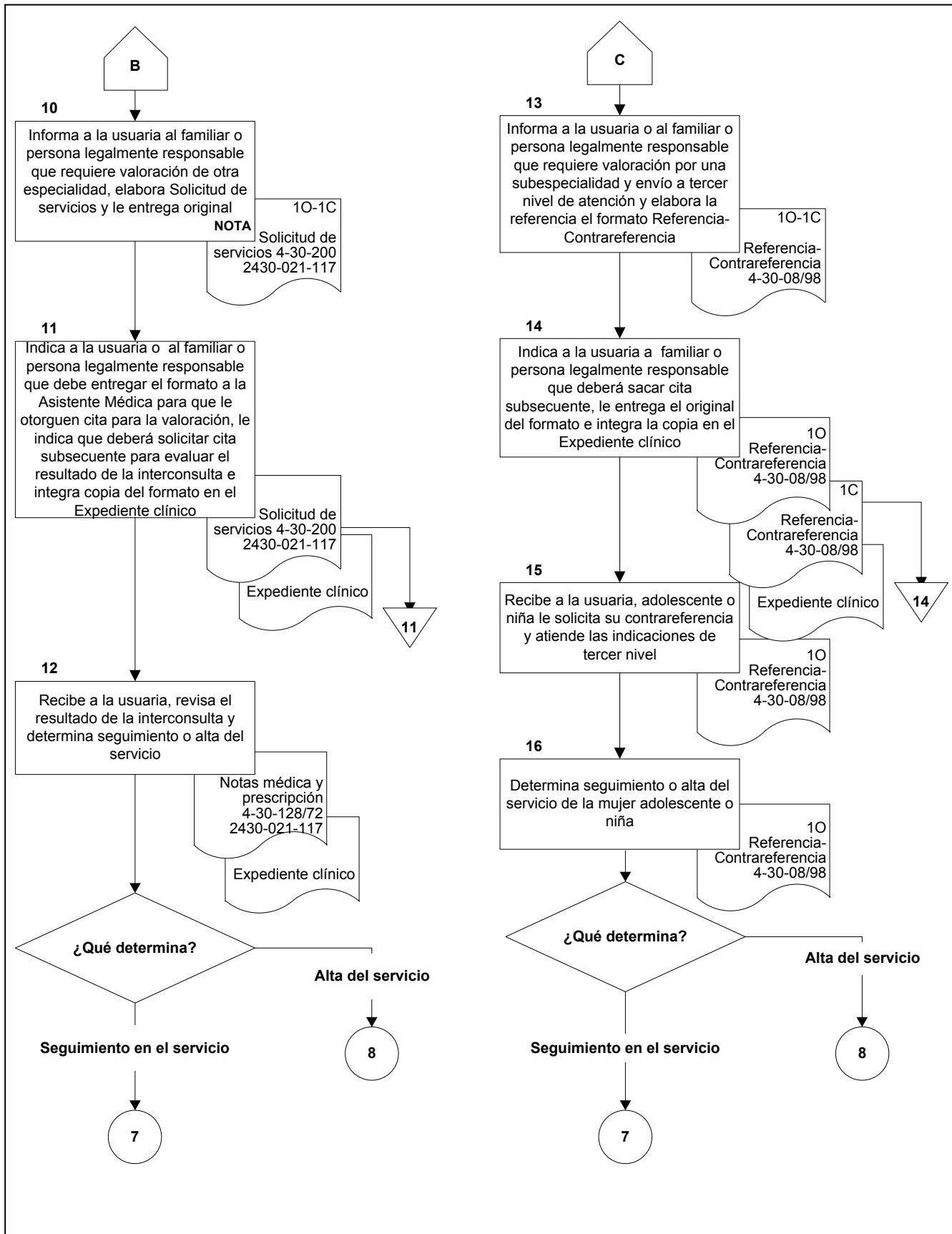
**Fin del procedimiento**

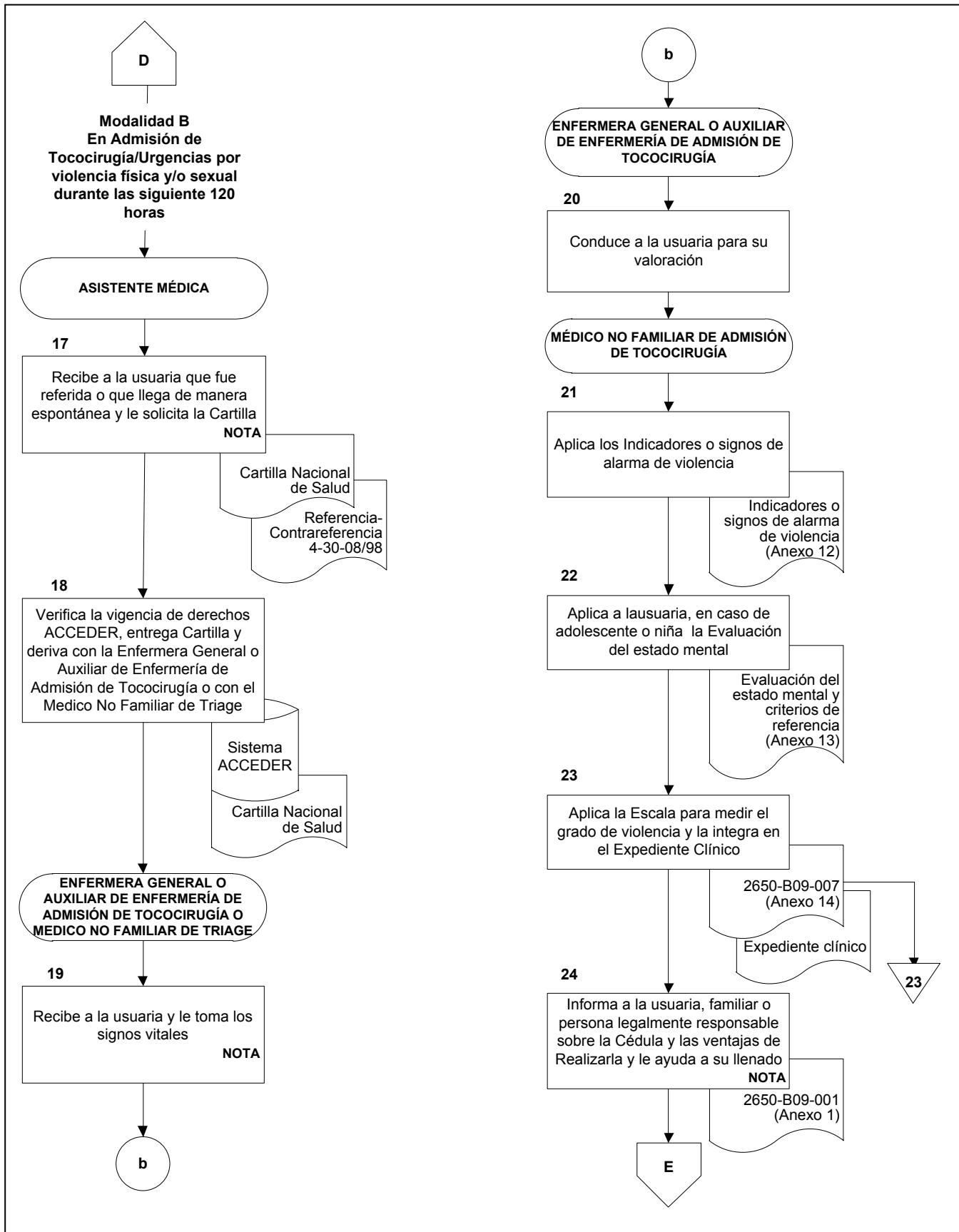


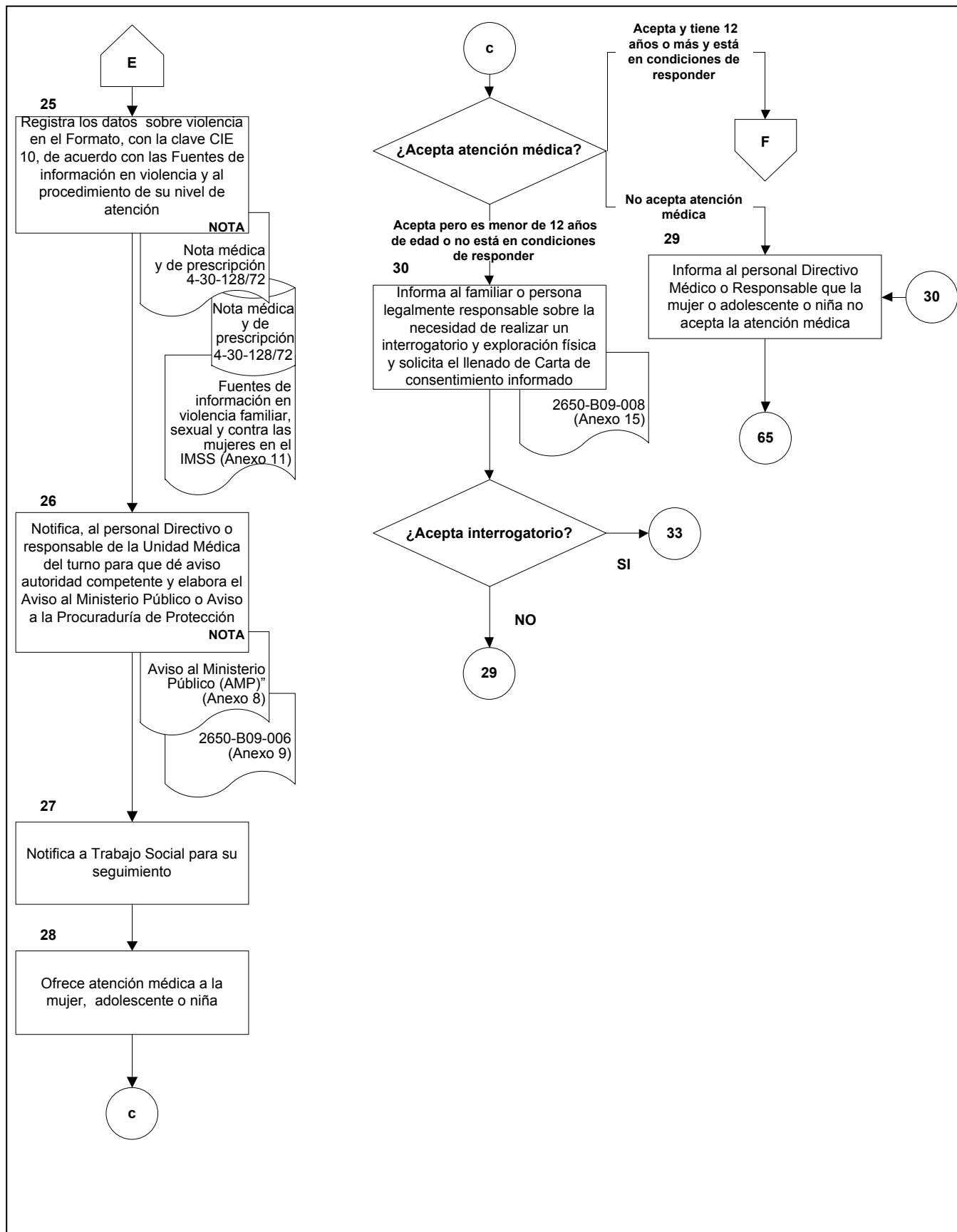
## 7 Diagrama de flujo

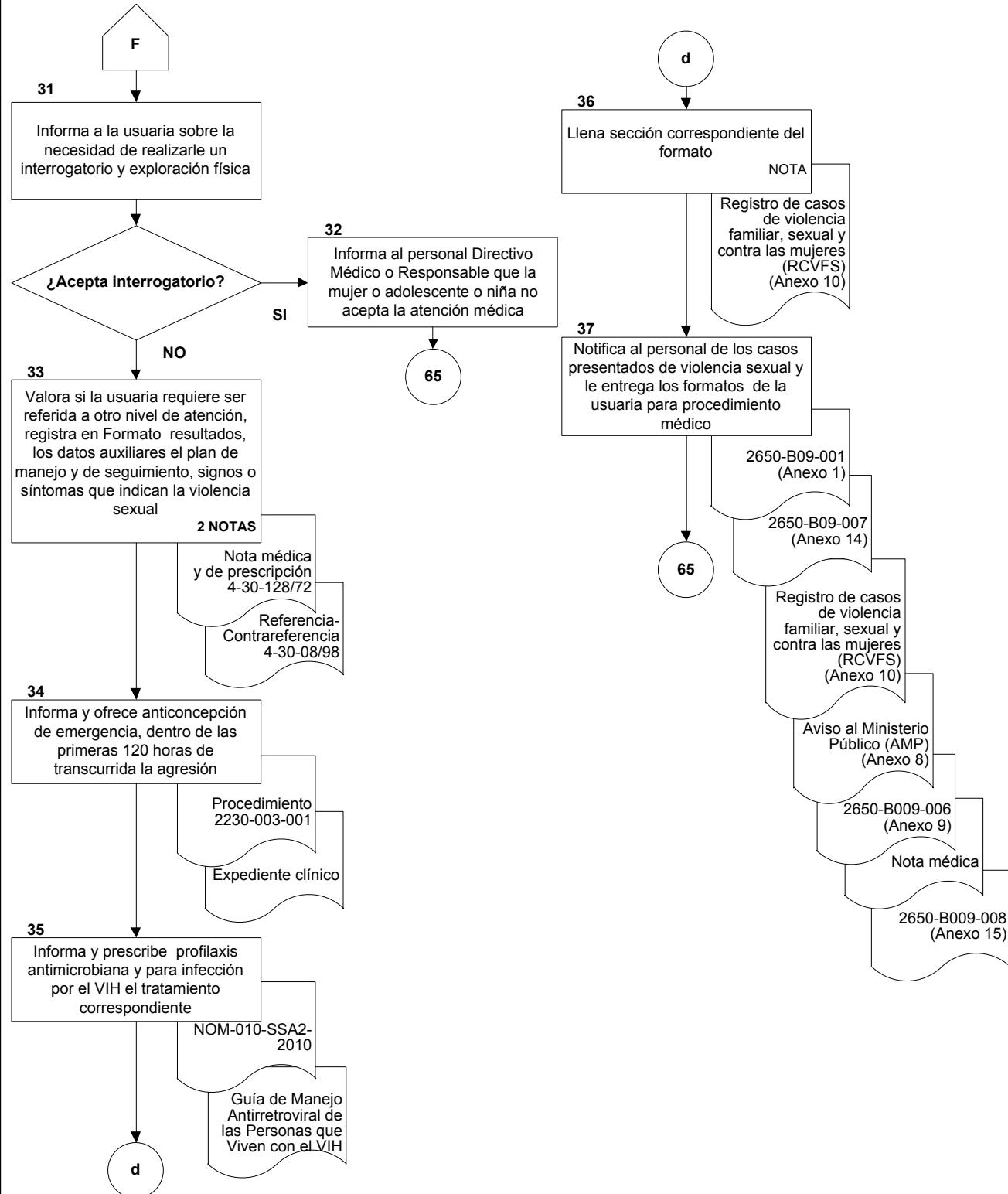


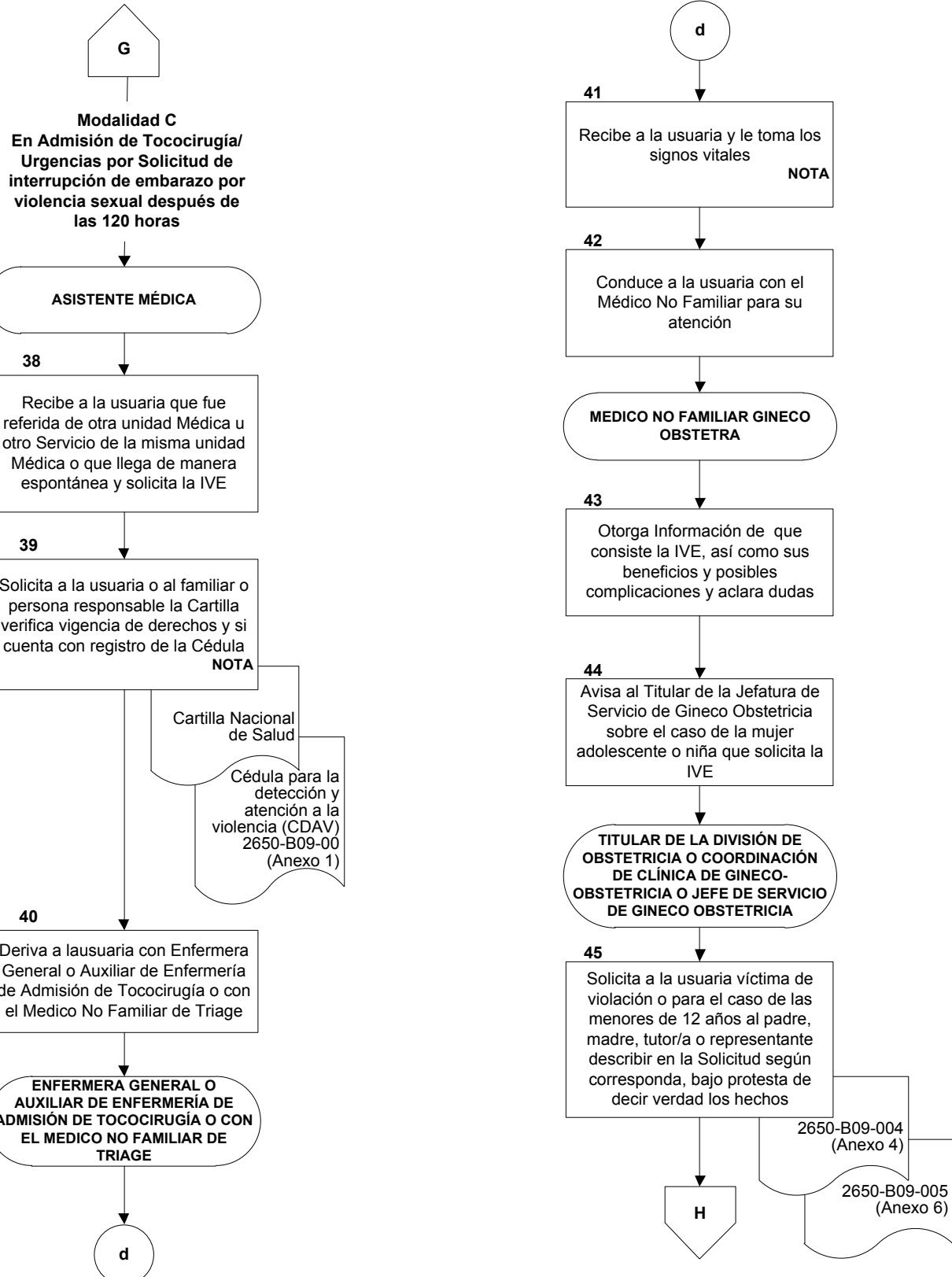


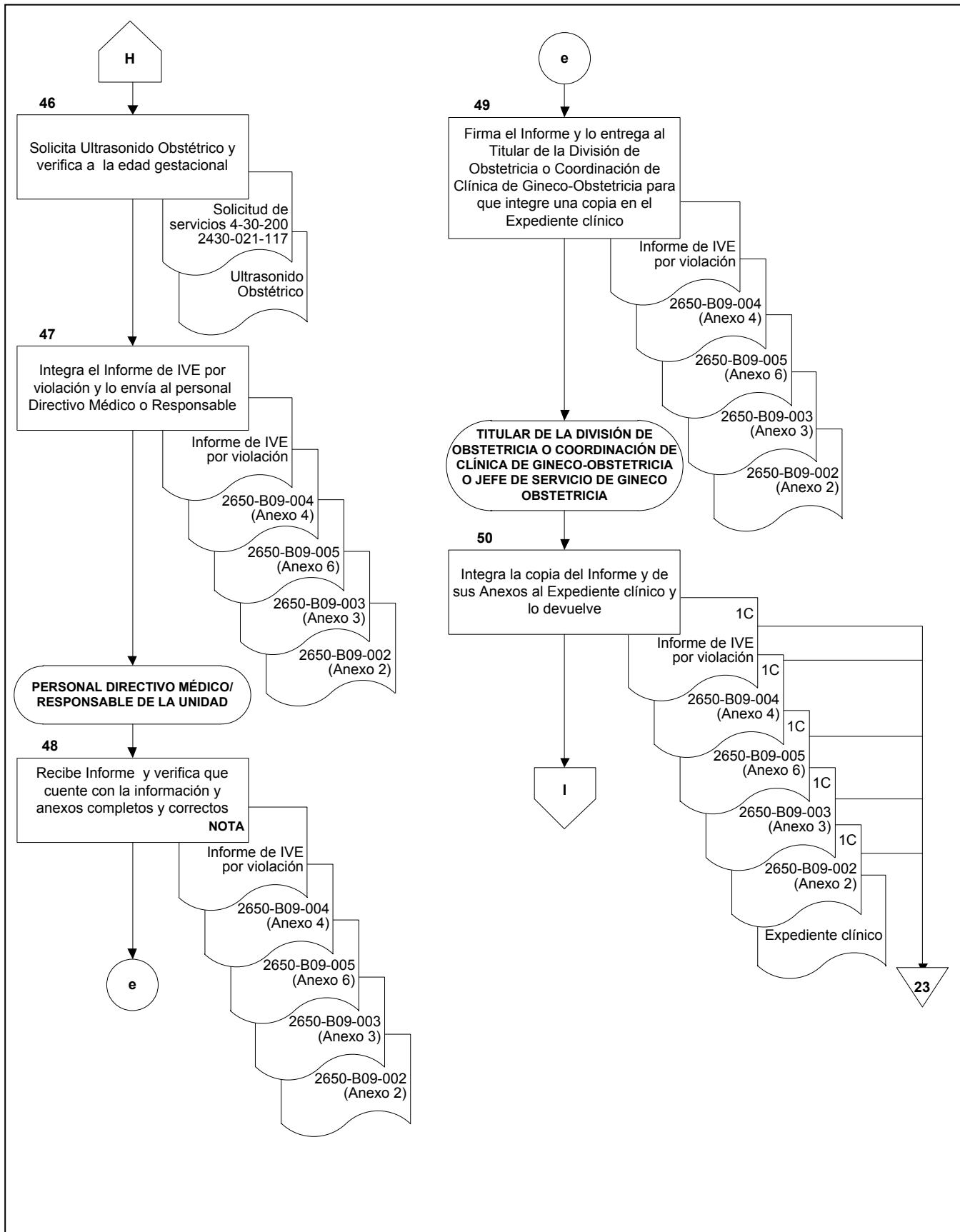


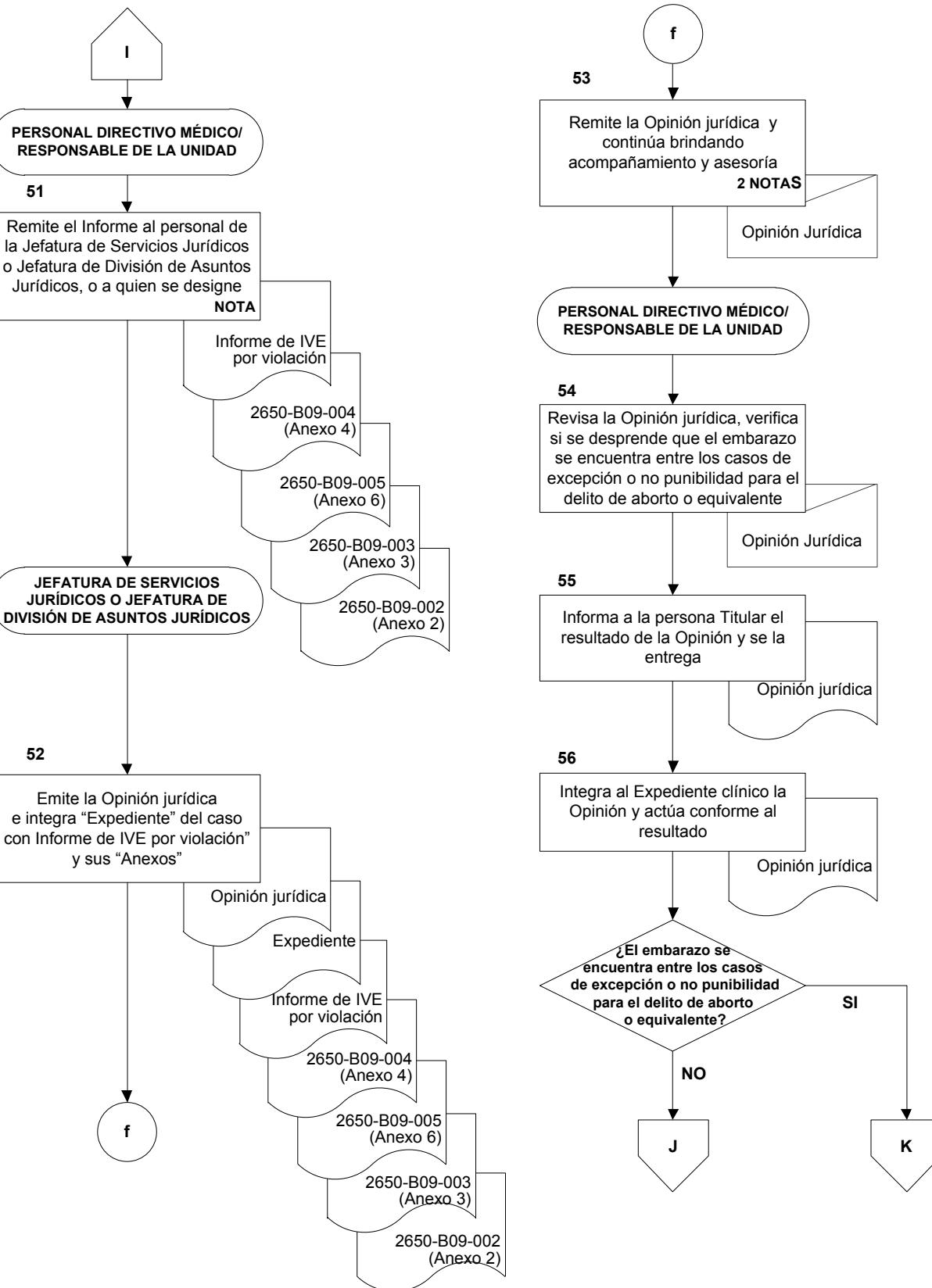


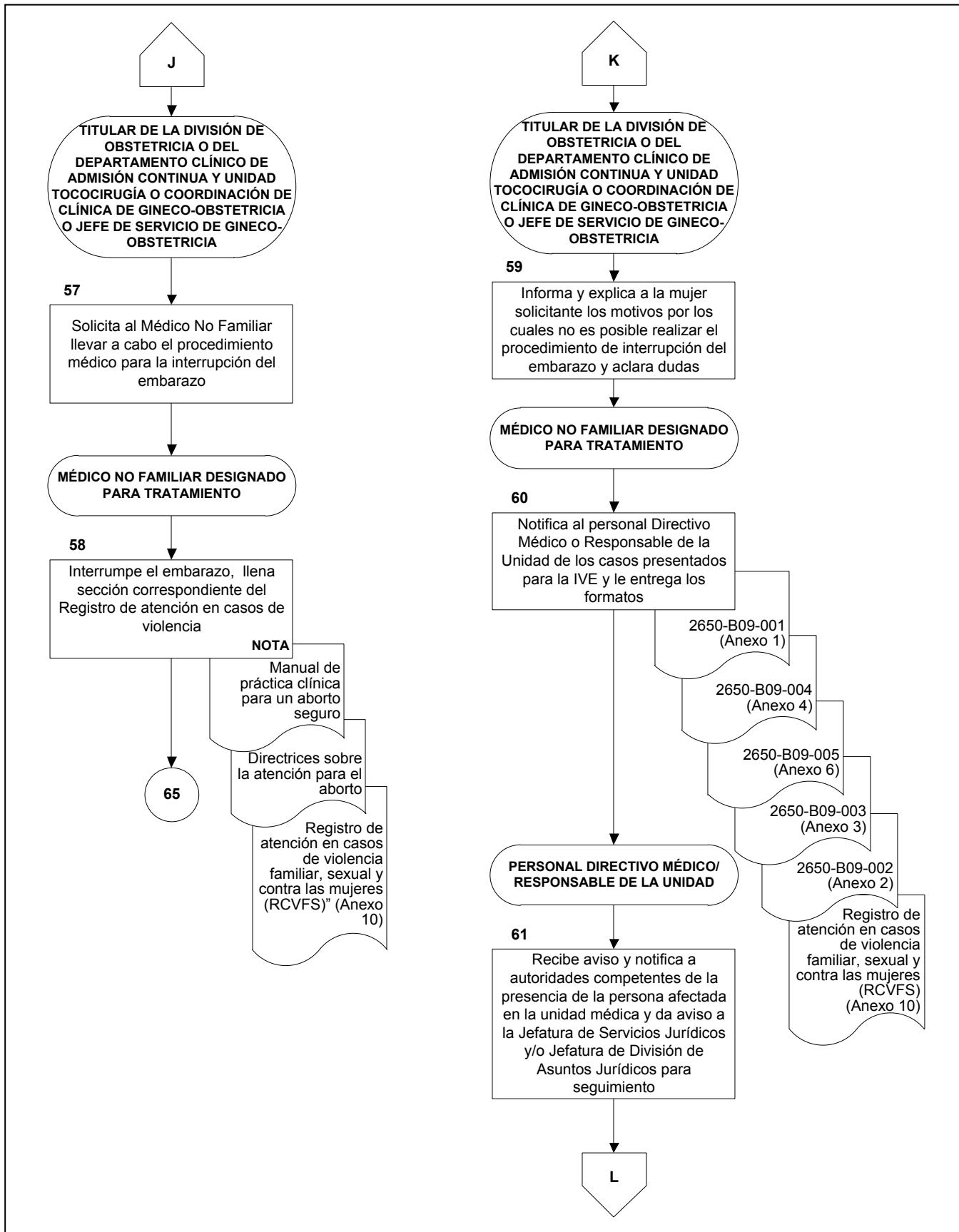


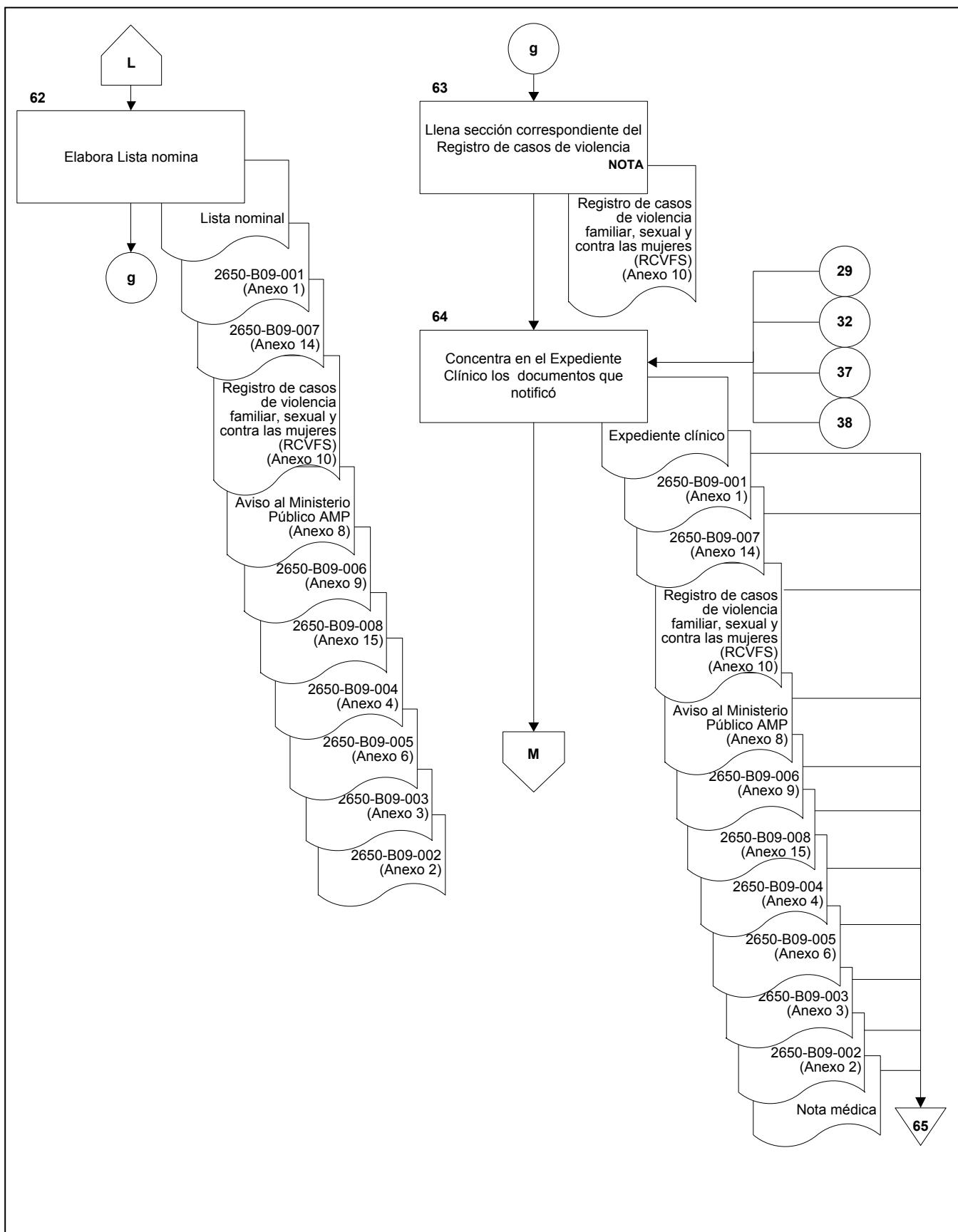


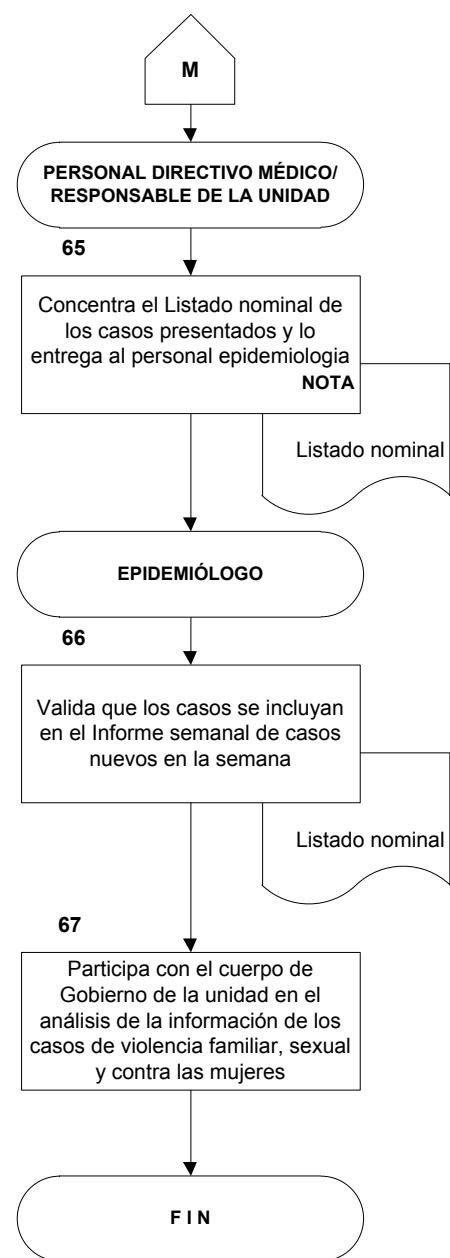














**ANEXO 1**

**Cédula para la detección y atención a la violencia (CDAV)**  
**2650-B09-001**



CÉDULA PARA LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA

Número de Seguridad Social con agregado: \_\_\_\_\_ 1 Folio: \_\_\_\_\_ 2

Nombre del personal de servicios de salud que llena la cédula: \_\_\_\_\_ 3

Delegación: \_\_\_\_\_ 4 Unidad médica: \_\_\_\_\_ 5 Fecha: \_\_\_\_\_ 6

VIOLENCIA PSICOLOGICA 7

Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:

|  |      |                      |
|--|------|----------------------|
| ¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?                                      | (No) | (Sí) ¿Quién lo hizo? |
| ¿La ha menospreciado o humillado?  | (No) | (Sí) ¿Quién lo hizo? |
| ¿La ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego? | (No) | (Sí) ¿Quién lo hizo? |

VIOLENCIA FISICA 8

Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:

|  |      |                      |
|--|------|----------------------|
| ¿La ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas u otras lesiones? | (No) | (Sí) ¿Quién lo hizo? |
| ¿La ha tratado de ahogar?  | (No) | (Sí) ¿Quién lo hizo? |
| ¿La ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego? | (No) | (Sí) ¿Quién lo hizo? |

VIOLENCIA SEXUAL 9

Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:

|   |      |                      |
|---|------|----------------------|
| ¿La ha forzado a tocamiento o manoseos sexuales en contra de su voluntad?                 | (No) | (Sí) ¿Quién lo hizo? |
| ¿La ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física? | (No) | (Sí) ¿Quién lo hizo? |
| ¿La ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada? | (No) | (Sí) ¿Quién lo hizo? |

Nota: Si la persona entrevistada responde "Sí" a una o más de las preguntas de las secciones, se considera sospechosa de vivir situación de violencia. Debe aplicarse la "Escala para medir el grado de violencia" para evaluar el riesgo.

2650-B09-001



**ANEXO 1**  
**Cédula para la detección y atención a la violencia CDAV**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

En este formato se registran las respuestas obtenidas por el personal Médico, de Enfermería, Trabajo Social, Asistente Médica, cuando se le ofrece a las mujeres, adolescente o niñas usuaria de los servicios médicos de los tres niveles de atención, previa identificación de indicadores de violencia. Puede registrarse en los diferentes turnos y servicios. Se clasifica sólo en tres tipos de violencia: psicológica, física y sexual, por considerarse las más frecuentes o aparentes.

| No. | DATO   | ANOTAR   |
|-----|--|--|
| 1   | Número de Seguridad Social con agregado                            | Los 11 dígitos y el agregado completo.   |
| 2   | Folio  | Cada unidad médica designará el folio de las cédulas, iniciando con el número 1 y sucesivamente sin repetir, actualizándose de forma anual.  |
| 3   | Nombre del personal de servicios de salud que llena la cédula      | Iniciando por la categoría, luego el apellido paterno, materno y nombre.   |
| 4   | Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal/Regional | Número y nombre de la Delegación que reporta.  |
| 5   | Unidad médica  | Denominación y número de la unidad médica.   |
| 6   | Fecha  | Con números arábigos el mes y año de elaboración del reporte.<br>Ejemplo: 01/05/2022   |
| 7   | Violencia psicológica  | Se refiere a la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos que pueden consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio. |

2650-B09-001



**ANEXO 1**  
**Cédula para la Detección y Atención a la Violencia CDAV**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

| No. | DATO             | ANOTAR  |
|-----|------------------|---|
| 8   | Violencia física | <p>Una “X” en la celda (No), cuando la respuesta es negativa.<br/>En caso afirmativo se registra el nombre, parentesco u otro, de la persona que ocasionó la acción u omisión.</p> <p>Se refiere a cualquier acto que infinge daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.</p> <p>Una “X” en la celda (No), cuando la respuesta es negativa.</p> <p>En caso afirmativo se registra el nombre, parentesco u otro, de la persona que ocasionó la acción u omisión.</p>   |
| 9   | Violencia sexual | <p>Se refiere a todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.</p> <p>El maltrato sexual, a la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir. Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder.</p> <p>Una “X” en la celda (No), cuando la respuesta es negativa.</p> <p>En caso afirmativo se registra el nombre, parentesco u otro, de la persona que ocasionó la acción u omisión.</p> |

2650-B09-001



**ANEXO 2**

**Carta de consentimiento informado de informado  
2650-B09-002**



## Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

### UNIDAD DE ATENCIÓN MEDICA CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### MEDICAMENTO

1

Por medio del presente escrito se informan los posibles riesgos que se pueden presentar con motivo de la interrupción voluntaria del embarazo en el tratamiento denominado:

- Hemorragia
- Embarazo no interrumpido con riesgo de anomalía fetal
- Interrupción incompleta que requiere de un procedimiento por aspiración o intervención quirúrgica
- Infección
- Otras complicaciones muy poco frecuentes como podría ser ruptura uterina
- Muerte

2

Asimismo se informan los posibles riesgos que se pueden presentar por el uso de analgésicos, sedantes o anestésicos, en el tratamiento denominado:

- Reacciones alérgicas
- Nivel imprevisto de sedación y depresión respiratoria
- Paro respiratorio
- Muerte

La/el que suscribe \_\_\_\_\_, manifiesta que está consciente de los riesgos que han sido ampliamente explicados e informados por el personal médico y se da por enterado de los mismos para todos los fines legales y administrativos a que haya lugar.

3

Nombre, firma y/o huella de la usuaria.

4

\*En caso de ser menor de 12 años, nombre, firma y/o huella de padre, madre o tutor/a o representante legal.

2650-B09-002



**ANEXO 2**  
**Carta de consentimiento informado de riesgos**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

Este formato garantiza que la usuaria ha aceptado voluntariamente la realización del procedimiento y ha comprendido la información que se le ha dado acerca de los riesgos potenciales con motivo del procedimiento. Su llenado debe ser manual y los datos deben asentarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras. Una vez requisitado debe integrarse en el Expediente clínico de la unidad médica.

| No. | DATO   | ANOTAR  |
|-----|--|---|
| 1   | Tratamiento denominado   | Nombre del medicamento prescrito y/o nombre del procedimiento.  |
| 2   | Información de posibles riesgos  | Nombre del riesgo asociado al medicamento prescrito y/o nombre del procedimiento.   |
| 3   | Nombre, firma y/o huella de la usuaria   | Nombre completo y firma y/o en el recuadro correspondiente, huella digital. Aquí se deberá de señalar en caso de no aceptar el procedimiento propuesto. |
| 4   | En caso de ser menor de 12 años, nombre, firma y/o huella del padre, madre o tutor/a o representante legal | Nombre completo, firma y/o en el recuadro correspondiente, huella digital del padre, madre, tutor/a o representante legal.                              |

2650-B09-002



**ANEXO 3**

**Carta de consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo  
2650-B09-003**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD Y UNIDAD DE ATENCION MEDICA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA USUARIA PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

UNIDAD MEDICA: \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ (C IUDAD) , 8 \_\_\_\_\_ (DÍA) de \_\_\_\_\_ (MES) de \_\_\_\_\_ (AÑO)  
HORA: \_\_\_\_\_

DIRECTOR/A DEL 4 ITAL \_\_\_\_\_  
P R E S E N T E.

La/el que suscribe \_\_\_\_\_ por medio del presente, me permito hacer de su  
5 \_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL DERECHAMENTE, USUARIA O PERSONA RESPONSABLE)  
conocimiento, que el/la Dr. (6 \_\_\_\_\_), con número de matrícula \_\_\_\_\_,  
me ha proporcionado \_\_\_\_\_ mación amplia, clara y precisa, \_\_\_\_\_ el procedimiento  
que para realizar la Interrupción Voluntaria del 7 \_\_\_\_\_ zo (IVE) es necesario,  
consistente en: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL TRATAMIENTO DIAGNÓSTICO)

Queda entendido que se me han explicado ampliamente los riesgos potenciales de dicho procedimiento, los cuales  
he comprendido con suma claridad. No obstante ello, deseo informarle que teniendo \_\_\_\_\_ semanas de  
gestación, ACEPTO con pleno conocimiento y toda libertad los riesgos inherentes a mi tratamiento y  
consecuentemente otorgo mi CONSENTIMIENTO y AUTORIZO al personal médico de este Hospital para que  
realicen en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiendo que los mismos van  
encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud.

De igual manera, se autoriza al personal médico a realizar el tratamiento que se considere necesario en caso de  
contingencias o urgencias, derivados del suministro del tratamiento autorizado y mencionadas en el  
"Consentimiento informado de riesgos", atendiendo el principio de libertad prescriptiva establecido en el numeral  
10.1.1.7 de la NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico.

El presente procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, se practica confundimento en lo establecido en  
los puntos 6.4.2.7 y 6.4.2.8, de la Norma Oficial Mexicana "NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra  
las mujeres. Criterios para la prevención y atención", ya que ajusta a los supuestos establecidos en esta norma y he  
cumplido con los requerimientos de la legislación estatal correspondientes.

9

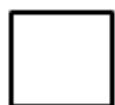
Nombre, firma y/o huella de la usuaria: \_\_\_\_\_



Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



\*En caso de ser menor de edad, nombre, firma y/o huella de padre, madre o tutor/a o  
representante legal: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_

\*Elaborar Original (Unidad Médica, Expediente Clínico) y Copia (usuaria o responsable).  
\*Se deben anexar al presente, copia de las identificaciones de la solicitante y los y/o los testigos

2650-B09-003

Pag. 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MEDICA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA USUARIA PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

Testigo/a 1

11

Nombre: \_\_\_\_\_  
Documento con el que se identifica: \_\_\_\_\_  
No. de folio: \_\_\_\_\_

Testigo/a 2

Nombre: \_\_\_\_\_  
Documento con el que se identifica: \_\_\_\_\_  
No. de folio: \_\_\_\_\_

12

Nombre y firma del Médico tratante: \_\_\_\_\_  
Número de matrícula: \_\_\_\_\_

13

No. de Oficio o Resolución emitida por Ministerio Público o Juez/a (en caso de que la legislación local lo solicite):  
\_\_\_\_\_



**ANEXO 3**  
**Carta de consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

Este formato garantiza que la usuaria ha aceptado voluntariamente la realización del procedimiento, después de haber sido informada de las implicaciones del procedimiento y los riesgos potenciales y comprendido toda la información proporcionada. Su llenado debe ser manual y los datos deben asentarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras. Una vez requisitado debe integrarse en el expediente clínico de la unidad médica.

| No. | DATO  | ANOTAR   |
|-----|---|--|
| 1   | Unidad médica   | Nombre de la Unidad de Segundo o de Tercer Nivel en donde se aplique el procedimiento.                   |
| 2   | Fecha   | Ciudad, día, mes, año y hora.  |
| 3   | Persona titular de la Dirección del Hospital                | Nombre completo de la persona Titular de la Unidad.  |
| 4   | Nombre de la derechohabiente, usuaria o persona responsable | Nombre completo de la persona que requisita el formato.  |
| 5   | Datos del personal médico tratante                          | Nombre completo del médico/a que realizará el procedimiento y número de matrícula.                       |
| 6   | Procedimiento   | Definir si se trata de un procedimiento farmacológico o quirúrgico.                                      |
| 7   | Nombre del Tratamiento Prescrito                            | Nombre, dosis y vía de administración del medicamento prescrito y/o nombre del procedimiento quirúrgico. |
| 8   | Semanas de gestación  | Escribir el número de semanas de gestación que la usuaria presenta hasta ese día.                        |

2650-B09-003



**ANEXO 3**  
**Carta de consentimiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

| No. | DATO   | ANOTAR  |
|-----|--|---|
| 9   | Datos de la derechohabiente, usuaria o persona responsable | Nombre completo y firma y/o en el recuadro correspondiente, huella digital; domicilio completo, teléfono de contacto, número de seguridad social. Aquí se deberá de señalar en caso de no aceptar el procedimiento propuesto. |
| 10  | Datos de la derechohabiente o usuaria menor de edad        | Nombre completo y firma del padre, madre, tutor/a o representante legal, y/o en el recuadro correspondiente, huella digital, domicilio completo, teléfono de contacto.  |
| 11  | Datos testigo/a 1 y testigo/a 2                            | Nombre completo, documento con el que se identifica (INE, Pasaporte, Licencia de conducir, entre otras), Número de folio del documento con el que se identifique.   |
| 12  | Datos del personal médico tratante                         | Nombre completo del médico/a que trató a la persona afectada, número de matrícula.  |
| 13  | Número de oficio emitido por Ministerio Público o Juez     | Número de oficio o resolución asignada en el Ministerio Público o Juzgado, derivado de la denuncia por violación (sólo en caso de que la mujer víctima haya decidido denunciar).  |

2650-B09-003



**ANEXO 4**

**Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo  
para mujeres de 12 o más años  
2650-B09-004**



## Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres de 12 o más años



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

### SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (Mayores de 12 años)

1

UNIDAD MEDICA: 2 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
(CIUDAD) (DÍA) (MES) (AÑO)

3

DIRECTOR/A DEL HOSPITAL \_\_\_\_\_  
P R E S E N T E. \_\_\_\_\_ (HORA)

4

La que suscribe \_\_\_\_\_, de manera libre e informada,

NOMBRE DE LA PERSONA DERECHOHABIENTE, USUARIA O PERSONA RESPONSABLE

manifiesto que es mi deseo solicitar que se realice en mi persona la interrupción voluntaria del embarazo, la cual realizo sin presión o coacción de cualquier tipo, intimidación y/o amenazas y asimismo manifiesto bajo protesta de decir verdad, que mi estado de embarazo es producto de una violación.

5

Esta declaración la hago derivado de mis derechos como víctima y en apego al principio de Buena Fe, establecido en los artículos 5, 30, 35 y 109 de la Ley General de Víctimas; el artículo 333 del Código Penal Federal; artículo(s) del Código Penal Estatal, así como la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, específicamente sus puntos 6.4.2.7 y 6.6.1.

Por lo anterior, dando fiel constancia de mi deseo, reitero la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo que fue consecuencia de una violación, solicitando se realicen todos los procedimientos y atención médica correspondientes.

6

Nombre, firma y/o huella de la persona usuaria.



7

Edad: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

(Sello de acuse de la Dirección de la Unidad  
Médica de recepción de la solicitud)

2650-B09-004



#### ANEXO 4

#### Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres de 12 o más años INSTRUCTIVO DE LLENADO

Este formato garantiza que la persona de 12 o más años manifieste de forma libre e informada, su deseo para que se realice la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Su llenado debe ser manual y los datos deben asentarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras. Una vez requisitado debe integrarse en el expediente clínico de la unidad médica.

| No. | DATO  | ANOTAR   |
|-----|---|--|
| 1   | Unidad médica   | Nombre de la Unidad de Segundo o de Tercer Nivel en donde se realice el procedimiento.                                     |
| 2   | Fecha   | Ciudad, día, mes, año y hora en la que se proporciona la atención.   |
| 3   | Persona titular de la dirección del Hospital                        | Nombre completo de la persona Titular de la Unidad Médica.   |
| 4   | Nombre de la persona derechohabiente, usuaria o persona responsable | Nombre completo de la persona que requisita el formato.  |
| 5   | Artículo del Código Penal Estatal                                   | Número de artículo del Código Penal que establece el aborto por violación, en el Estado al que pertenece la Unidad Médica. |
| 6   | Datos de la persona derechohabiente, usuaria o persona responsable  | Nombre completo y firma, y/o en el recuadro correspondiente, huella digital; edad, número de seguridad social.             |
| 7   | Sello   | Sello de recepción de la Dirección de la Unidad Médica.  |

2650-B09-004



## ANEXO 5

**Formato de declaración para personal médico objetor de conciencia en la aplicación de la NOM 046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**FORMATO DE DECLARACIÓN PARA PERSONAL MÉDICO OBJETOR DE  
CONCIENCIA EN LA APLICACIÓN DE LA NOM 046-SSA2-2005 "VIOLENCIA  
FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN  
Y ATENCIÓN"**

1 \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(CIUDAD) (DÍA) (MES) (AÑO)

Director/a de Unidad Médica de Adscripción \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
P R E S E N T E.

La/El que suscribe \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ con número de  
Matrícula \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN \_\_\_\_\_

declaro bajo protesta de decir verdad que en ejercicio de mi derecho humano consagrado en el artículo 24 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, bajo mis convicciones y principios éticos, morales, filosóficos, religiosos y/o políticos, me declaro objeta (a) de conciencia para practicar Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE), en términos de lo dispuesto en la NOM 046-SSA2-2005 "VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN".

Dicha manifestación la hago con plena voluntad, sin coerción de autoridad alguna y en pleno conocimiento de las implicaciones legales que ello tiene, de conformidad con el artículo 47 fracción I de la Ley Federal del Trabajo y 63 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

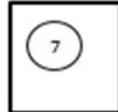
Lo anterior para los efectos legales y/o administrativos a que haya lugar.

**PROTESTO LO NECESARIO**

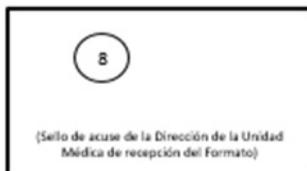
6 \_\_\_\_\_

**FIRMA AUTÓGRAFA**

**HUELLA DACTILAR**



7 \_\_\_\_\_



(Sello de acuse de la Dirección de la Unidad  
Médica de recepción del formato)



### ANEXO 5

#### Formato de declaración para personal médico objeto de conciencia en la aplicación de la NOM 046 SSA2 2005 “Violencia Familiar, Sexual y contra las mujeres. Criterios de prevención y atención INSTRUCTIVO DE LLENADO

Este formato permite declarar al personal médico su voluntad para objetar la realización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Su llenado puede ser manual y los datos deben asentarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras. Una vez requisitado debe integrarse en el expediente administrativo de la unidad médica.

| No. | DATO  | ANOTAR   |
|-----|---|--|
| 1   | __a__de__de__                                 | Ciudad, día, mes, año y hora en la que se proporciona la atención.         |
| 2   | Director/a de la Unidad Médica de Adscripción | Nombre completo de la persona Titular de la Dirección de la Unidad Médica. |
| 3   | La/El que subscribe                           | Nombre completo de la persona que requisita el formato.                    |
| 4   | Matrícula                                     | Matrícula de la persona que requisita el formato.                          |
| 5   | adscrito (a)                                  | Nombre de la Unidad de adscripción de la persona que requisita el formato. |
| 6   | Firma autógrafa                               | Firma autógrafa de la persona que requisita el formato.                    |
| 7   | Huella dactilar                               | Huella dactilar de la persona que requisita el formato.                    |
| 8   | Sello   | Sello de recepción de la Dirección de la Unidad Médica.                    |



## ANEXO 6

**Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos**

**2650-B09-005**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

*(Menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos)*

1

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

2

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
(CIUDAD) (DÍA) (MES) (AÑO)

3

DIRECTOR/A DEL HOSPITAL \_\_\_\_\_  
P R E S E N T E.

4

La/el que suscribe \_\_\_\_\_, de manera libre e informada,  
NOMBRE DEL PADRE, MADRE, TUTOR/A O REPRESENTANTE LEGAL DE LA VICTIMA  
manifiesto que es mi deseo solicitar que se realice en \_\_\_\_\_,

5

NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE EDAD  
la interrupción voluntaria del embarazo. La presente solicitud se realiza sin presión o coacción de  
cualquier tipo, intimidación y/o amenazas. Asimismo manifiesto bajo protesta de decir verdad, que  
el estado de embarazo de mi hija y/o apoderada legal es producto de una violación.

6

Esta declaración la hago derivado de los derechos como víctima y en apego al principio de Buena  
Fe, establecidos en los artículos 5, 30, 35 y 109 de la Ley General de Víctimas; el artículo 333 del  
Código Penal Federal; artículo(s) del Código Penal Estatal, así como la Norma Oficial Mexicana  
NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y  
atención, específicamente sus puntos 6.4.2.7 y 6.6.1.

7

Por lo anterior, dando fiel constancia de mi deseo, reitero la solicitud de la interrupción voluntaria  
del embarazo a mi hija y/o apoderada legal, que fue consecuencia de una violación, solicitando se  
realicen todos los procedimientos y atención médica correspondientes.

Nombre, firma y/o huella del padre, madre, tutor/a o representante legal:

8

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Nombre, firma y/o huella de la persona usuaria.  
\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

(Sello de aprobación de la Dirección de la Unidad  
Médica de recepción de la solicitud)

9

2650-B09-005



## ANEXO 6

### Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos INSTRUCTIVO DE LLENADO

Este formato garantiza que la persona usuaria manifieste en nombre de la menor de edad, de forma libre e informada, su deseo de que se realice la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Su llenado puede ser manual y los datos deben asentarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras. Una vez requisitado debe integrarse en el expediente clínico de la unidad médica.

| No. | DATO  | ANOTAR   |
|-----|---|--|
| 1   | Unidad médica   | Nombre de la Unidad de Segundo o de Tercer Nivel en donde se realice el procedimiento.   |
| 2   | Fecha   | Ciudad, día, mes, año y hora en la que se proporciona la atención.   |
| 3   | Persona titular de la dirección del Hospital          | Nombre completo de la persona Titular de la Unidad Médica.   |
| 4   | Nombre del padre, madre, tutor/a representante legal  | Nombre completo de la persona que requisita el formato.  |
| 5   | Nombre de la persona menor de edad o apoderada Legal  | Nombre completo de la persona menor de edad en quien se realizará el procedimiento.  |
| 6   | Artículo del Código Penal Estatal                     | Número de artículo del Código Penal que establece el aborto por violación, en el Estado al que pertenece la Unidad Médica.                               |
| 7   | Datos del padre, madre, tutor/a o representante legal | Nombre completo y firma del padre, madre, tutor/a o representante legal, y/o en el recuadro correspondiente, huella digital, número de seguridad social. |
| 8   | Datos de la persona usuaria menor de edad             | Nombre completo y firma y/o huella digital, edad, número de seguridad social.  |
| 9   | Sello   | Sello de recepción de la Dirección de la Unidad Médica.  |

2650-B09-005



## ANEXO 7

**Supuestos para solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)**



## Supuestos para solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

En caso de:

- Menores de 18 años y adolescentes de 12 o más años, pueden solicitar el procedimiento por voluntad propia y deberán firmar el Consentimiento informado respecto del procedimiento a realizar sin requerir la firma de padre, madre, representante legal, familiar responsable o tutor.
- Niñas menores de 12 años o personas que no tengan la capacidad de comprender los hechos tanto la solicitud de IVE, como el consentimiento informado del procedimiento debe suscribirse y autorizarse por el padre, madre, tutor o representante legal:
  1. Identificar con los anexos señalados en el presente procedimiento datos de violencia física y sexual.
  2. Elaborar en todos los casos el Consentimiento Informado, mismo que deberá suscribir el familiar responsable sin omitir las/los testigos idóneos para su llenado.
  3. Identificar al familiar responsable (padre, madre o tutor/a) tratando de reconocer que no exista relación familiar agresor/a.
  4. Notificar a la autoridad competente, en caso de que no exista cerca alguna Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, con el fin de dar cumplimiento con las atribuciones que dispone el artículo 122 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes para las Procuradurías de Protección.
  5. Otorgar atención médica de acuerdo a las actividades señaladas en el presente procedimiento.



**Supuestos para Solicitud de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y para otorgar el Consentimiento Informado de la IVE en mujeres menores de edad**

| Edad                             | Solicitud IVE   | Consentimiento Informado   | Responsable de Unidad Médica   |
|----------------------------------|---|--|--|
| Menor de 12 años                 | Solicitud de padre, madre, tutor/a, o representante legal                       | Consentimiento de padre, madre, tutor/a, representante legal                           | Aviso y, en su caso, en las entidades federativas que así lo requieran, autorización por parte del Ministerio Público.<br>Aviso a la instancia de procuración de justicia o autoridades correspondientes en materia de protección del menor. |
| Menor de 12 años                 | No se solicita la IVE por parte de padre, madre, tutor/a, o representante legal | No se otorga el consentimiento por parte de padre, madre, tutor/a, representante legal | Aviso a Ministerio Público.<br>Aviso a la instancia de procuración de justicia o autoridades correspondientes en materia de protección del menor.  |
| 12 años o más y menor de 18 años | Solicitud de la víctima   | Consentimiento de la víctima   | Aviso y, en su caso, en las entidades federativas que así lo requieran, autorización por parte del Ministerio Público. Aviso a la instancia de procuración de justicia o autoridades correspondientes en materia de protección del menor.    |

Fundamento legal:

- NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención: Numerales 4.27 6.4.2.7, 6.5.1 y 6.5.5
- NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico: Numeral 10.1.1.8.
- Código Civil Federal: Artículos 23, 413, 449 y 450 fracción I.
- Códigos Penales de las Entidades Federativas.



## **ANEXO 8**

### **Aviso al Ministerio Público (AMP)**



**AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO (AMP)**

Folio

Nombre, razón o denominación social del establecimiento

Intitución

Localidad

Municipio

C.P.

Entidad Federativa

Servicio

Cama

Fecha de elaboración

Día Mes Año

Sexo

Usuario (a) o afectado (a) de violencia

2

M F

Nombre (s)

Edad

Apellido Paterno

Apellido Materno

Domicilio

Calle

Número Exterior

Número Interior

Bario o Colonia

Localidad

Municipio

Entidad Federativa

Fecha de atención médica

Hora de recepción del usuario (a) afectado (a)

3

Día Mes Año

Horas Minutos

Motivo de la Atención Médica

Diagnóstico (s)

Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte:

4

Plan:

a) Farmacoterapia

b) Exámenes de laboratorio

c) Consultor

Referencia:

Seguimiento del caso

Área de trabajo social

Área de Psicología

Área de Medicina preventiva

Área de asistencia social

Prognóstico:

Notificación

Agencia del Ministerio Público:

Día Mes Año

Nombre y cargo del receptor



**ANEXO 8**  
**Aviso al Agente del Ministerio Público (AMP)**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

Este formato es oficial, se encuentra en la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. Por lo que no puede modificarse; su llenado debe ser manual y los datos deben asentarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras. Una vez requisitado por el personal médico o de Psicología y Estomatología, según el tipo de violencia del que se trate, debe integrarse en el Expediente clínico de la Unidad Médica de Atención, en caso de ser electrónico, la persona titular de la dirección o la persona encargada establecerá dónde se realizará la glosa conjuntamente con los originales de la Cédula para la Detección y Atención a la Violencia, la Escala para medir el Grado de Violencia, el Registro de Casos de Violencia Familiar o Sexual y la copia fotostática del Aviso al Agente del Ministerio Público.

| No. | DATO  | ANOTAR  |
|-----|---|---|
| 1   | Datos generales de la unidad médica                         | Folio, Nombre, razón o denominación social el establecimiento, Institución, Localidad, Municipio, CP, Entidad Federativa, Servicio, Cama, Fecha de elaboración. |
| 2   | Datos generales del usuario (a) o afectado (a) de violencia | Nombre, apellido paterno y materno, Edad, Sexo, Domicilio completo.   |
| 3   | Datos generales de la atención médica otorgada              | Fecha, Hora de recepción, Motivo de atención médica, Diagnóstico (s), Evolución, acto notificado, reporte de lesiones o causa de muerte.                        |
| 4   | Datos generales del plan de manejo                          | Farmacoterapia, Exámenes de laboratorio y gabinete, Referencia, Seguimiento del caso. Áreas interconsultantes, Pronóstico.                                      |
| 5   | Datos de la notificación                                    | Fecha, Agencia del/ de la Ministerio Público, Nombre y cargo de la/del receptor.  |



## ANEXO 9

**Aviso a la Procuraduría de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes  
2650-B09-006**



## Aviso a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes

### AVISO A LA PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

1

Folio

Nombre, razón o denominación social del establecimiento

Intitución

Localidad

Municipio

C.P.

Entidad Federativa

Servicio

Cama

Fecha de elaboración

Día Mes Año

2

Usuario (a) menor de edad o afectado (a) de violencia

Sexo

M F

Nombre (s)

Edad

Apellido Paterno

Apellido Materno

Domicilio

Calle

Número Exterior

Número Interior

Barrio o Colonia

Localidad

Municipio

Entidad Federativa

3

Nombre del Padre, Madre, Tutor/a o representante legal que, en su caso, le acompaña

Fecha de atención médica

Hora de recepción del usuario (a) afectado (a)

Día Mes Año

Horas Minutos

4

Motivo de la Atención Médica

Diagnóstico (s)

Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte:

5

Plan:

a) Farmacoterapia

b) Exámenes de laboratorio

c) Canalización

Referencia:

Seguimiento del caso

Área de trabajo social

Área de Psicología

Área de Medicina preventiva

Área de asistencia social

Pronóstico

Notificación

Procuradora de Protección de Niñas, Niños Y Adolescentes:

Día Mes Año

Nombre y cargo del receptor

2650-B09-006



### ANEXO 9

#### Aviso a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes INSTRUCTIVO DE LLENADO

El llenado de este formato debe ser manual y los datos deben asentarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras. Una vez requisitado por el personal médico o de Psicología y Estomatología, según el tipo de violencia del que se trate, debe integrarse en el expediente clínico de la unidad médica, en caso de ser electrónico. La persona titular de la dirección o la persona encargada establecerá dónde se realizará la glosa conjuntamente con los originales de la Cédula para la Detección y Atención a la Violencia, la Escala para medir el Grado de Violencia, el Registro de Casos de Violencia Familiar o Sexual y la copia fotostática del Aviso a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

| No. | DATO   | ANOTAR  |
|-----|--|---|
| 1   | Datos generales de la unidad médica  | Folio, Nombre, razón o denominación social el establecimiento, Institución, Localidad, Municipio, CP, Entidad Federativa, Servicio, Cama, Fecha de elaboración. |
| 2   | Datos generales del usuario (a) menor de edad o afectado (a) de violencia                      | Nombre, apellido paterno y materno, Edad, Sexo, Domicilio completo.   |
| 3   | Datos generales del parente, madre, tutor/a o representante legal que, en su caso, le acompañe | Nombre completo.  |
| 4   | Datos generales de la atención médica otorgada   | Fecha, Hora de recepción, Motivo de atención médica, Diagnóstico (s), Evolución, acto notificado, reporte de lesiones o causa de muerte.                        |
| 5   | Datos generales del plan de manejo   | Farmacoterapia, Exámenes de laboratorio y gabinete, Referencia, Seguimiento del caso. Áreas interconsultantes, Pronóstico.                                      |
| 6   | Datos de la notificación   | Fecha, Agencia de la Procuraduría, Nombre y cargo de la/del receptor.   |

2650-B09-006



## ANEXO 10

**Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)**



## Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (RCVFS)

### REGISTRO DE CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL

Folio

#### Unidad Médica

1

Nombre  Institución

Localidad

Municipio

Entidad

#### CLUES

USUARIO(A) AFECTADO(A)

|                                 |           |                             |                    |                 |                     |
|---------------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------|-----------------|---------------------|
| 1. Nombre                       | 3. Edad   | 4. Sexo                     | 5. Está embarazada | 6. Discapacidad | 7. Derechohabilidad |
| Apellido Paterno/Materno/Nombre | años      | 1. Masculino<br>2. Femenino | 1.Sí<br>2.No       | 1.Sí<br>2.No    |                     |
| 2. CURP                         |           |                             |                    |                 |                     |
| 8. Domicilio                    | Calle     | Número Exterior             | Número Interior    | Bario o Colonia |                     |
| Localidad                       | Municipio | Entidad Federativa          |                    |                 |                     |

- 1. IMSS
- 2. ISSSTE
- 3. SEGURO POPULAR
- 4. PEMEX
- 5. SEDENA
- 6. SEMAR
- 7. OTRO
- 8. NO

EVENIO MÁS RECENTE

|  |  |  |                        |
|--|--|--|------------------------|
| 1. Fecha de ocurroncia   | 3. Prevalencia   | 6. Fue en dia festivo  | 8. Sitio de ocurroncia |
| Dia Mes Año  | 1. Primera vez<br>2. Subsecuente   | 1.Sí<br>2.No   |                        |
| 2. Tipo de violencia   | 4. Dia de la semana en que ocurrió   |  |                        |
| 1. Física 2. Sexual<br>3. Psicológica 4. Abandono  | 1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves<br>5. Viernes 6. Sábado 7. Domingo   |  |                        |
| 7. Consecuencia resultante   | 8. Agente de la lesión   | 9. Lugar del cuerpo afectado   |                        |
| 1. Contusión<br>2. Lesión<br>3. Fractura<br>4. Herida<br>5. Asfixia mecanica<br>6. Ahorcamiento<br>7. Quemadura<br>8. Clotrices<br>9. Aborto<br>10. ITS<br>11. Embarazo<br>12. Depresión<br>13. Trastornos de ansiedad<br>14. Trastornos psiquiátricos<br>15. Defunción<br>16. Otras | 1. Fuego, llama, sustancia caliente<br>2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas<br>3. Objeto punzocortante<br>4. Objeto contundente<br>5. Golpe contra pie o pared<br>6. Pie o mano<br>7. Arma de fuego<br>8. Ametralladora y violencia verbal<br>9. Multiple<br>10. Otra<br>11. Se ignora | 1. Cabeza o cuello<br>2. Cara<br>3. Brazos y manos<br>4. Tórax<br>5. Columna vertebral<br>6. Abdomen y/o pecho<br>7. Espalda y/o glúteos<br>8. Piernas y/o pies<br>9. Área genital<br>10. Múltiple |                        |

AGRESOR(A)

|                                 |                                 |                                    |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. Edad                         | 2. Sexo                         | 3. Parentesco con la o el afectado |
| años                            | 1. Masculino<br>2. Femenino     |                                    |
| 1. Pedra                        | 2. Madre                        | 3. Padre                           |
| 2. Madre                        | 3. Padre                        | 4. Madrestra                       |
| 3. Padre                        | 4. Madrestra                    | 5. Convive o pareja conviviente    |
| 4. Madrestra                    | 5. Convive o pareja conviviente | 6. Otro paciente                   |
| 5. Convive o pareja conviviente | 6. Otro paciente                | 7. Novio o pareja eventual         |
| 6. Otro paciente                | 7. Novio o pareja eventual      | 8. Sin parentesco - conocido       |
| 7. Novio o pareja eventual      | 8. Sin parentesco - conocido    | 9. Sin parentesco- desconocido     |

ATENCIÓN

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
| 1. Fecha de ocurroncia | 3. Atenciones Oforgadas  | 4. Destino después de la atención  |
| Dia Mes Año            | 1. Tratamiento médico<br>2. Tratamiento quirúrgico<br>3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico<br>4. Otro | 1. Domicilio<br>2. Consulta externa<br>3. Hospitalización<br>4. Traslado a otra unidad médica<br>5. Grupos de asistencia mutua<br>6. Refugio o albergue<br>7. Unidades de atención especializada en violencia familiar o sexual<br>8. DIF<br>9. Otro |

Notificación Fecha  
      Dia Mes Año

6

Firma

Notificante Nombre

FORMATO ESTADÍSTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.  
NOTA: DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS DE LA PRESENTE NORMA, LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN A LA SALUD TIENE LA OBLIGATORIEDAD DE DAR AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO



**ANEXO 10**  
**Registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

Este formato estadístico se encuentra en la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. Por lo que no puede modificarse. Su llenado puede ser manual y los datos deben asentarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras. Una vez requisitado por el personal Directivo Médico o por el personal que este designe (personal médico, asistentes médicas, servicio de trabajo social u otro), debe integrarse en el expediente clínico de la unidad médica, en caso de ser electrónico, la persona titular de la dirección o la persona encargada establecerá donde se realizará la glosa conjuntamente con los originales de la Cédula para la Detección y Atención a la Violencia y la Escala para Medir el Grado de Violencia y la copia fotostática del Aviso al Agente del Ministerio Público.

| No. | DATO  | ANOTAR   |
|-----|---|--|
| 1   | Datos generales de la unidad médica               | Folio, Nombre, Institución, Localidad, Municipio, Entidad, CLUES.  |
| 2   | Usuario (a) Afectado (a)                          | Nombre, CURP, Edad, Sexo, Derechohabiencia, Domicilio completo. Podrá ser llenado por la Asistente Médica, la/el Médico tratante o del Servicio de Trabajo Social.<br><br>El rubro 5 de: Está embarazada y 6 de Discapacidad serán llenados por la/el Médico tratante.   |
| 3   | Evento más reciente                               | Fecha de ocurrencia, Tipo de violencia, Prevalencia, Día de la semana en que ocurrió, Fue en día festivo, Sitio de ocurrencia serán llenados por el Servicio de Trabajo Social.<br><br>Los rubros de Consecuencia resultante, Agente de la lesión, Lugar del cuerpo afectado serán llenados por el personal médico tratante. |
| 4   | Probable agresor (a)                              | Edad, Sexo, Parentesco con la/el afectado serán llenados por el personal médico tratante.  |
| 5   | Atención  | Fecha de ocurrencia, Servicios de atención, Atenciones otorgadas, Destino después de la atención serán llenados por el personal médico tratante.   |
| 6   | Notificación fecha<br>Notificante Nombre<br>Firma | Lo correspondiente en los recuadros específicos será llenado por quien haya realizado la notificación.   |



## ANEXO 11

**Fuentes de información en violencia familiar, sexual y contra las mujeres en el IMSS**



## Fuentes de información en violencia Física y sexual en el IMSS

En México, la principal fuente de información utilizada para conocer los tipos de violencia que sufren las personas y en particular las mujeres son las encuestas. Sin embargo, la evolución de los sistemas de información en salud de nuestro país, permite disponer de más información obtenida por medio de registros administrativos y, en nuestro caso, los sistemas de información en salud permiten conocer la relacionada con el diagnóstico y las características asociadas a las víctimas de violencia.

Con relación a las fuentes de información asociadas a la ocurrencia de hechos de violencia en el IMSS, resulta necesario considerar dos tipos, el primero, es el registro de los diagnósticos y su codificación, los cuales permiten identificar casos asociados a esta problemática; el segundo, son las fuentes de información de los registros administrativos que se derivan a la atención que se otorga a quienes sufren este tipo de fenómenos sociales.

La información se genera en todos los niveles de atención médica, en donde se atiende esta problemática, las fuentes de información también permiten obtener registros relacionados a los diagnósticos médicos, que indirectamente reflejan como causa u origen los problemas de violencia que presentan las mujeres que repercuten en la salud.

### Fuentes de información en segundo nivel atención y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE)

La atención de un evento asociado a violencia puede ocurrir en los servicios hospitalarios como son consulta externa, urgencias, hospitalización y atención quirúrgica.

#### Consulta externa

En la consulta externa, el registro de la atención y de los diagnósticos correspondientes se realiza en la nota médica correspondiente, que se encuentra integrada al expediente de la persona afectada. Los diagnósticos y procedimientos realizados en consultorio son consignados por el personal médico en el formato "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/17" y posteriormente se realiza la asignación de códigos CIE-10 y CIE-9 MC (Modificación Clínica) del diagnóstico principal y secundario. Estos registros son codificados por el personal de Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC), de las unidades médicas tomando en consideración las reglas de codificación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y de la Clasificación de Procedimientos, Novena Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC).

El personal paramédico de psicología, estomatología y trabajo social pueden identificar casos de violencia así como recibir atenciones referidas de personas afectadas por otros servicios. Cuando los padecimientos son de su competencia, los diagnósticos deben ser registrados en el formato "Informe de Servicios Paramédicos 4-30-6P/17".

#### Urgencias



En el servicio de urgencias y admisión continua de las unidades hospitalarias donde se otorgue consulta, los casos de violencia serán registrados en el formato “Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias 4-30-6URG/17”. En las unidades médicas con servicio de tococirugía en la atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, los casos serán registrados en el formato “Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99”. La codificación de los diagnósticos la realizará personal de ARIMAC.

Cuando las personas afectadas sean atendidas por el servicio de urgencia o admisión continua, el formato donde se registra el diagnóstico principal que pudiera estar asociado a un caso de violencia es la forma “Egresos Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/17-E”. Este registro se realiza al momento de egresar de esta área a las personas afectadas, ya sea para continuar con la atención en el hospital, o ser canalizados a otra unidad médica o envío a su domicilio.

El diagnóstico de ingreso y de egreso del hospital, así como los procedimientos derivados de la atención hospitalaria de los casos de violencia son registrados en la forma “Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/17”. El llenado de este formato lo realiza el personal médico responsable de su alta. El formato de alta, incluye dentro de su contenido los diagnósticos de la causa básica y la causa directa, cuando el motivo de egreso es por defunción.

La codificación de los diagnósticos y procedimientos realizados en esta etapa del proceso de atención es realizada, al igual que en los anteriores casos por el personal del ARIMAC, aplicando las reglas establecidas en la CIE-10 y la CIE 9 MC.

### **Hospitalización**

En estancia en los Servicios de Cuidados Críticos, se registrará en el formato “Egresos. Registro diario. Unidad de Cuidados del paciente en estado crítico” (4-30-21/35/17-E).

Los diagnósticos de ingreso y de egreso, además de los procedimientos derivados de la atención hospitalaria de casos de violencia deberán ser registrados en la “Hoja de Alta Hospitalaria”, Alta 1/17; el llenado es responsabilidad del personal médico tratante. En caso de suscitarse una defunción, el cuerpo es entregado al Ministerio Público, registrando en el “Control y registro de defunciones por causas accidentales y violentas 2E10-009-003” los diagnósticos de la parte I y II las causas de egreso descritas en la hoja de alta para el control interno ya que, en este caso, el certificado de defunción no se realiza en la unidad. La codificación de los diagnósticos y procedimientos deberán ser realizados por el personal de ARIMAC basados en la aplicación de la CIE-10 y la CIE-9-MC.

Los procedimientos relacionados a esta condición realizados en salas de quirófano, deberán de registrarse en: “Intervenciones quirúrgicas efectuadas”.

### **Identificación en los sistemas de información de la víctima de violencia física y sexual en la atención médica**



Conforme a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, la codificación de los diagnósticos mediante el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9 MC son las herramientas que se utilizan para realizar la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de los registros médicos en los formatos fuente de información y conforme a la NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico, los detalles del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación siempre deben ser registrados por el personal médico tratante en las notas médicas u otras formas que con motivo de la atención médica se otorgan a las personas afectadas.

**Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que identifican de manera directa a las víctimas de violencia física y sexual en la atención médica**

**a. Caso General**

Los siguientes códigos CIE-10 y CIE-9 MC deben codificarse en el registro como afecciones principales o secundarias en las fuentes primarias de información: Afección Principal o Secundaria:

| <b>Violencia Psicológica</b>   |   |      |  |
|--|---|------|--|
| Trastornos mentales y del comportamiento   |   |      |  |
| F94  | Trastorno del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia | F941 | Trastorno de vinculación reactiva en la niñez                                |
| <b>Violencia Familiar</b>  |   |      |  |
| Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias Familiares |   |      |  |
| Z60  | Circunstancias familiares   | Z603 | Problemas en la relación entre esposos o pareja                              |
| Z91  | Historia personal de factores de riesgo, no clasificados en otra parte                      | Z918 | Historia personal de otros factores de riesgo, no clasificados en otra parte |
| <b>Violencia Física</b>  |   |      |  |
| Signos y síntomas  |   |      |  |
| R45  | Síntomas y signos que involucran el estado emocional  | R456 | Violencia física   |
| <b>Violencia Física y Sexual</b>   |   |      |  |
| Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas                   |   |      |  |
| T 74   | Síndrome del maltrato   | T741 | Abuso físico   |
|  |   | T742 | Abuso sexual   |
|  |   | T748 | Otros síndromes del maltrato   |
|  |   | T749 | Síndrome del maltrato, no especificado                                       |



| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |   |      |   |
|---|---|------|---|
| X85   | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas. Agresión con sustancia corrosiva | X850 | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, vivienda   |
|   |   | X851 | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, institución residencial  |
|   |   | X852 | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|   |   | X853 | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, áreas de deporte y atletismo                                   |
|   |   | X854 | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, calles y carreteras  |
|   |   | X855 | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, comercio y área de servicios                                   |
|   |   | X856 | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, área industrial y de la construcción                           |
|   |   | X857 | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, granja   |
|   |   | X858 | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, otro lugar especificado  |
|   |   | X859 | Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, lugar no especificado  |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |   |      |   |
| X86   | Agresión con sustancia corrosiva  | X860 | Agresión con sustancia corrosiva, vivienda  |
|   |   | X861 | Agresión con sustancia corrosiva, institución residencial   |
|   |   | X862 | Agresión con sustancia corrosiva, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas                          |
|   |   | X863 | Agresión con sustancia corrosiva, áreas de deporte y atletismo  |
|   |   | X864 | Agresión con sustancia corrosiva, calles y carreteras   |
|   |   | X865 | Agresión con sustancia corrosiva, comercio y área de servicios  |
|   |   | X866 | Agresión con sustancia corrosiva, área industrial y de la construcción  |
|   |   | X867 | Agresión con sustancia corrosiva, granja  |
|   |   | X868 | Agresión con sustancia corrosiva, otro lugar especificado   |
|   |   | X869 | Agresión con sustancia corrosiva, lugar no especificado   |
| X87   | Agresión con plaguicidas  | X870 | Agresión con plaguicidas, vivienda  |
|   |   | X871 | Agresión con plaguicidas, institución residencial   |
|   |   | X872 | Agresión con plaguicidas, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas                                  |
|   |   | X873 | Agresión con plaguicidas, áreas de deporte y atletismo  |
|   |   | X874 | Agresión con plaguicidas, calles y carreteras   |
|   |   | X875 | Agresión con plaguicidas, comercio y área de servicios  |
|   |   | X876 | Agresión con plaguicidas, área industrial y de la construcción  |



|   |   |      |  |
|---|---|------|--|
|   |   | X877 | Agresión con plaguicidas, granja   |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |   |      |  |
| X88   | Agresión con gases y vapores  | X878 | Agresión con plaguicidas, otro lugar especificado  |
|   |   | X879 | Agresión con plaguicidas, lugar no especificado  |
|   |   | X880 | Agresión con gases y vapores, vivienda   |
|   |   | X881 | Agresión con gases y vapores, institución residencial  |
|   |   | X882 | Agresión con gases y vapores, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas   |
|   |   | X883 | Agresión con gases y vapores, áreas de deporte y atletismo   |
|   |   | X884 | Agresión con gases y vapores, calles y carreteras  |
|   |   | X885 | Agresión con gases y vapores, comercio y área de servicios   |
|   |   | X886 | Agresión con gases y vapores, área industrial y de la construcción   |
|   |   | X887 | Agresión con gases y vapores, granja   |
| X89   | Agresión con otros productos químicos nocivas especificadas           | X890 | Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, vivienda   |
|   |   | X891 | Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, institución residencial  |
|   |   | X892 | Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|   |   | X893 | Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, áreas de deporte y atletismo                                   |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |   |      |  |
| X90   | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas | X894 | Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, calles y carreteras  |
|   |   | X895 | Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, comercio y área de servicios                                   |
|   |   | X896 | Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, área industrial y de la construcción                           |
|   |   | X897 | Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, granja   |
|   |   | X898 | Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, otro lugar especificado  |
|   |   | X899 | Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, lugar no especificado  |
|   |   | X900 | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas, vivienda  |
|   |   | X901 | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas, institución residencial   |
|   |   | X902 | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas    |



|   |  |      |  |
|---|--|------|--|
|   |  | X903 | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas, áreas de deporte y atletismo                      |
|   |  | X904 | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas, calles y carreteras                               |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |  |      |  |
|   |  | X905 | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas, comercio y área de servicios                      |
|   |  | X906 | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas, área industrial y de la construcción              |
|   |  | X907 | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas, granja  |
|   |  | X908 | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas, otro lugar especificado                           |
|   |  | X909 | Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas, lugar no especificado                             |
| X91   | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación | X910 | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, vivienda   |
|   |  | X911 | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, institución residencial  |
|   |  | X912 | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|   |  | X913 | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, áreas de deporte y atletismo                                   |
|   |  | X914 | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, calles y carreteras  |
|   |  | X915 | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, comercio y área de servicios                                   |
|   |  | X916 | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, área industrial y de la construcción                           |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |  |      |  |
|   |  | X917 | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, granja   |
|   |  | X918 | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, otro lugar especificado  |
|   |  | X919 | Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, lugar no especificado  |
| X92   | Agresión por ahogamiento y sumersión                     | X920 | Agresión por ahogamiento y sumersión, vivienda   |
|   |  | X921 | Agresión por ahogamiento y sumersión, institución residencial  |
|   |  | X922 | Agresión por ahogamiento y sumersión, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas                     |
|   |  | X923 | Agresión por ahogamiento y sumersión, áreas de deporte y atletismo   |
|   |  | X924 | Agresión por ahogamiento y sumersión, calles y carreteras  |
|   |  | X925 | Agresión por ahogamiento y sumersión, comercio y área de servicios   |



|   |   |      |  |
|---|---|------|--|
|   |   | X926 | Agresión por ahogamiento y sumersión, área industrial y de la construcción   |
|   |   | X927 | Agresión por ahogamiento y sumersión, granja   |
|   |   | X928 | Agresión por ahogamiento y sumersión, otro lugar especificado  |
|   |   | X929 | Agresión por ahogamiento y sumersión, lugar no especificado  |
| X93   | Agresión con disparo de arma corta  | X930 | Agresión con disparo de arma corta, vivienda   |
|   |   | X931 | Agresión con disparo de arma corta, institución residencial  |
|   |   | X932 | Agresión con disparo de arma corta, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas                   |
|   | Agresión con disparo de arma corta, áreas de deporte y atletismo, calles y carreteras, comercio y área de servicios, área industrial y de la construcción, granja, otro lugar especificado, lugar no especificado | X933 | Agresión con disparo de arma corta, áreas de deporte y atletismo   |
|   |   | X934 | Agresión con disparo de arma corta, calles y carreteras  |
|   |   | X935 | Agresión con disparo de arma corta, comercio y área de servicios   |
|   |   | X936 | Agresión con disparo de arma corta, área industrial y de la construcción   |
|   |   | X937 | Agresión con disparo de arma corta, granja   |
|   |   | X938 | Agresión con disparo de arma corta, otro lugar especificado  |
|   |   | X939 | Agresión con disparo de arma corta, lugar no especificado  |
| X94   | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga  | X940 | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, vivienda   |
|   |   | X941 | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, institución residencial  |
|   |   | X942 | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|   |   | X943 | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, áreas de deporte y atletismo                                   |
|   |   | X944 | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, calles y carreteras  |
|   |   | X945 | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, comercio y área de servicios                                   |
|   |   | X946 | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, área industrial y de la construcción                           |
|   |   | X947 | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, granja   |
|   |   | X948 | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, otro lugar especificado  |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |   |      |  |
|   |   | X949 | Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, lugar no especificado  |
| X95   | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas  | X950 | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, vivienda                                       |



|      |  |
|------|--|
| X951 | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, institución residencial  |
| X952 | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
| X953 | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, áreas de deporte y atletismo                                   |
| X954 | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, calles y carreteras  |
| X955 | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, comercio y área de servicios                                   |
| X956 | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, área industrial y de la construcción                           |
| X957 | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, granja   |
| X958 | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, otro lugar especificado  |
| X959 | Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, lugar no especificado  |

Causas externas de morbilidad y de mortalidad

|     |                                    |      |   |
|-----|------------------------------------|------|---|
| X96 | Agresión con material explosivo    | X960 | Agresión con material explosivo, vivienda   |
|     |                                    | X961 | Agresión con material explosivo, institución residencial  |
|     |                                    | X962 | Agresión con material explosivo, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|     |                                    | X963 | Agresión con material explosivo, áreas de deporte y atletismo                                   |
|     |                                    | X964 | Agresión con material explosivo, calles y carreteras  |
|     |                                    | X965 | Agresión con material explosivo, comercio y área de servicios                                   |
|     |                                    | X966 | Agresión con material explosivo, área industrial y de la construcción                           |
|     |                                    | X967 | Agresión con material explosivo, granja   |
|     |                                    | X968 | Agresión con material explosivo, otro lugar especificado  |
|     |                                    | X969 | Agresión con material explosivo, lugar no especificado  |
| X97 | Agresión con humo, fuego y llantas | X970 | Agresión con humo, fuego y llamas, vivienda   |



|   |   |      |   |
|---|---|------|---|
|   |   | X971 | Agresión con humo, fuego y llamas, institución residencial  |
|   |   | X972 | Agresión con humo, fuego y llamas, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas                       |
|   |   | X973 | Agresión con humo, fuego y llamas, áreas de deporte y atletismo   |
|   |   | X974 | Agresión con humo, fuego y llamas, calles y carreteras  |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |   |      |   |
|   |   | X975 | Agresión con humo, fuego y llamas, comercio y área de servicios   |
|   |   | X976 | Agresión con humo, fuego y llamas, área industrial y de la construcción   |
|   |   | X977 | Agresión con humo, fuego y llamas, granja   |
|   |   | X978 | Agresión con humo, fuego y llamas, otro lugar especificado  |
|   |   | X979 | Agresión con humo, fuego y llamas, lugar no especificado  |
| X98   | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes | X980 | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes, vivienda   |
|   |   | X981 | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes, institución residencial  |
|   |   | X982 | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|   |   | X983 | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes, áreas de deporte y atletismo                                   |
|   |   | X984 | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes, calles y carreteras  |
|   |   | X985 | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes, comercio y área de servicios                                   |
|   |   | X986 | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes, área industrial y de la construcción                           |
|   |   | X987 | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes, granja   |
|   |   | X988 | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes, otro lugar especificado  |
|   |   | X989 | Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes, lugar no especificado  |



Causas externas de morbilidad y de mortalidad

|   |   |      |   |
|---|---|------|---|
| X99   | Agresión con objeto cortante                | X990 | Agresión con objeto cortante, vivienda  |
|   |   | X991 | Agresión con objeto cortante, institución residencial   |
|   |   | X992 | Agresión con objeto cortante, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas                |
|   |   | X993 | Agresión con objeto cortante, áreas de deporte y atletismo  |
|   |   | X994 | Agresión con objeto cortante, calles y carreteras   |
|   |   | X995 | Agresión con objeto cortante, comercio y área de servicios  |
|   |   | X996 | Agresión con objeto cortante, área industrial y de la construcción  |
|   |   | X997 | Agresión con objeto cortante, granja  |
|   |   | X998 | Agresión con objeto cortante, otro lugar especificado   |
|   |   | X999 | Agresión con objeto cortante, lugar no especificado   |
| Y00   | Agresión con objeto cortante                | Y000 | Agresión con objeto romo o sin filo, vivienda   |
|   |   | Y001 | Agresión con objeto romo o sin filo, institución residencial  |
|   |   | Y002 | Agresión con objeto romo o sin filo, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas         |
|   |   | Y003 | Agresión con objeto romo o sin filo, áreas de deporte y atletismo   |
|   |   | Y004 | Agresión con objeto romo o sin filo, calles y carreteras  |
|   |   | Y005 | Agresión con objeto romo o sin filo, comercio y área de servicios   |
|   |   | Y006 | Agresión con objeto romo o sin filo, área industrial y de la construcción                                   |
|   |   | Y007 | Agresión con objeto romo o sin filo, granja   |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |   |      |   |
|   |   | Y008 | Agresión con objeto romo o sin filo, otro lugar especificado  |
|   |   | Y009 | Agresión con objeto romo o sin filo, lugar no especificado  |
| Y01   | Agresión por empujón desde un lugar elevado | Y010 | Agresión por empujón desde un lugar elevado, vivienda   |
|   |   | Y011 | Agresión por empujón desde un lugar elevado, institución residencial  |
|   |   | Y012 | Agresión por empujón desde un lugar elevado, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|   |   | Y013 | Agresión por empujón desde un lugar elevado, áreas de deporte y atletismo                                   |



|   |   |      |   |
|---|---|------|---|
|   |   | Y014 | Agresión por empujón desde un lugar elevado, calles y carreteras  |
|   |   | Y015 | Agresión por empujón desde un lugar elevado, comercio y área de servicios   |
|   |   | Y016 | Agresión por empujón desde un lugar elevado, área industrial y de la construcción   |
|   |   | Y017 | Agresión por empujón desde un lugar elevado, granja   |
|   |   | Y018 | Agresión por empujón desde un lugar elevado, otro lugar especificado  |
|   |   | Y019 | Agresión por empujón desde un lugar elevado, lugar no especificado  |
| Y02   | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento | Y020 | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, vivienda   |
|   |   | Y021 | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, institución residencial  |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |   |      |   |
|   |   | Y022 | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|   |   | Y023 | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, áreas de deporte y atletismo                                   |
|   |   | Y024 | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, calles y carreteras  |
|   |   | Y025 | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, comercio y área de servicios                                   |
|   |   | Y026 | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, área industrial y de la construcción                           |
|   |   | Y027 | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, granja   |
|   |   | Y028 | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, otro lugar especificado  |
|   |   | Y029 | Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, lugar no especificado  |
| Y03   | Agresión por colisión de vehículo de motor                                  | Y030 | Agresión por colisión de vehículo de motor, vivienda  |
|   |   | Y031 | Agresión por colisión de vehículo de motor, institución residencial   |



|   |                                     |      |  |
|---|-------------------------------------|------|--|
|   |                                     | Y032 | Agresión por colisión de vehículo de motor, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|   |                                     | Y033 | Agresión por colisión de vehículo de motor, áreas de deporte y atletismo                                   |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |                                     |      |  |
|   | Agresión con fuerza corporal        | Y034 | Agresión por colisión de vehículo de motor, calles y carreteras  |
|   |                                     | Y035 | Agresión por colisión de vehículo de motor, comercio y área de servicios                                   |
|   |                                     | Y036 | Agresión por colisión de vehículo de motor, área industrial y de la construcción                           |
|   |                                     | Y037 | Agresión por colisión de vehículo de motor, granja   |
|   |                                     | Y038 | Agresión por colisión de vehículo de motor, otro lugar especificado  |
|   |                                     | Y039 | Agresión por colisión de vehículo de motor, lugar no especificado  |
| Y04   | Agresión con fuerza corporal        | Y040 | Agresión con fuerza corporal, vivienda   |
|   |                                     | Y041 | Agresión con fuerza corporal, institución residencial  |
|   |                                     | Y042 | Agresión con fuerza corporal, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas               |
|   |                                     | Y043 | Agresión con fuerza corporal, áreas de deporte y atletismo   |
|   |                                     | Y044 | Agresión con fuerza corporal, calles y carreteras  |
|   |                                     | Y045 | Agresión con fuerza corporal, comercio y área de servicios   |
|   |                                     | Y046 | Agresión con fuerza corporal, área industrial y de la construcción   |
|   |                                     | Y047 | Agresión con fuerza corporal, granja   |
|   |                                     | Y048 | Agresión con fuerza corporal, otro lugar especificado  |
|   |                                     | Y049 | Agresión con fuerza corporal, lugar no especificado  |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |                                     |      |  |
| Y05   | Agresión sexual con fuerza corporal | Y050 | Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda   |
|   |                                     | Y051 | Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial  |
|   |                                     | Y052 | Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas     |
|   |                                     | Y053 | Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo                                       |
|   |                                     | Y054 | Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras  |



|   |   |      |   |
|---|---|------|---|
|   |   | Y055 | Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios                                   |
|   |   | Y056 | Agresión sexual con fuerza corporal, en área Industrial y de la construcción                            |
|   |   | Y057 | Agresión sexual con fuerza corporal, en granja  |
|   |   | Y058 | Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado   |
|   |   | Y059 | Agresión sexual con fuerza corporal, lugar no especificado  |
| Y06   | Negligencia y abandono                  | Y060 | Por esposo o pareja   |
|   |   | Y061 | Por padre o madre   |
|   |   | Y062 | Por conocido/a o amigo/a  |
|   |   | Y068 | Por otra persona especificada   |
|   |   | Y069 | Por persona no especificada   |
| Y07   | Otros maltratos                         | Y070 | Por esposo/a o pareja   |
|   |   | Y071 | Por padre o madre   |
|   |   | Y072 | Por conocido/a o amigo/a  |
|   |   | Y073 | Por autoridades oficiales   |
|   |   | Y078 | Por otra persona especificada   |
|   |   | Y079 | Por persona no especificada   |
| Y08   | Agresión por otros medios especificados | Y080 | Agresión por otros medios especificados, vivienda   |
|   |   | Y081 | Agresión por otros medios especificados, institución residencial  |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |   |      |   |
|   |   | Y082 | Agresión por otros medios especificados, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|   |   | Y083 | Agresión por otros medios especificados, áreas de deporte y atletismo                                   |
|   |   | Y084 | Agresión por otros medios especificados, calles y carreteras  |
|   |   | Y085 | Agresión por otros medios especificados, comercio y área de servicios                                   |
|   |   | Y086 | Agresión por otros medios especificados, área industrial y de la construcción                           |
|   |   | Y087 | Agresión por otros medios especificados, granja   |
|   |   | Y088 | Agresión por otros medios especificados, otro lugar especificado  |
|   |   | Y089 | Agresión por otros medios especificados, lugar no especificado  |
| Y09   | Agresión por medios no especificados    | Y090 | Agresión por medios no especificados, vivienda  |
|   |   | Y091 | Agresión por medios no especificados, institución residencial   |



|   |  |      |  |
|---|--|------|--|
|   |  | Y092 | Agresión por medios no especificados, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas |
|   |  | Y093 | Agresión por medios no especificados, áreas de deporte y atletismo                                   |
|   |  | Y094 | Agresión por medios no especificados, calles y carreteras  |
|   |  | Y095 | Agresión por medios no especificados, comercio y área de servicios                                   |
| Causas externas de morbilidad y de mortalidad |  |      |  |
|   |  | Y096 | Agresión por medios no especificados, área industrial y de la construcción                           |
|   |  | Y097 | Agresión por medios no especificados, granja   |
|   |  | Y098 | Agresión por medios no especificados, otro lugar especificado  |
|   |  | Y099 | Agresión por medios no especificados, lugar no especificado  |
| Z04   | Examen y observación por otras razones | Z044 | Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción                                |

**b) Caso especial: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**

La siguiente tabla muestra los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades que deben utilizarse en caso de que las personas afectadas soliciten la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por violencia sexual:

**Clasificación Internacional de Enfermedades:**

**Afección Principal:**

|     |                                 |      |   |
|-----|---------------------------------|------|---|
| Z30 | Atención para la anticoncepción | Z303 | Extracción menstrual<br>• Interrupción del embarazo |
|-----|---------------------------------|------|---|

**Afección Secundaria 1:**

|     |               |      |  |
|-----|---------------|------|--|
| O04 | Aborto médico | O049 | Aborto médico completo o no especificado, sin complicación |
|-----|---------------|------|--|

**Afección Secundaria 2:**

Cualquiera de los códigos especificados en el inciso a) Caso General.



### Procedimientos Quirúrgicos:

| Categoría de la CIE | Diagnóstico                              | Código (4 dígitos) | Descripción   |
|---------------------|--|--------------------|---|
| 690                 | Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE | 6901               | Dilatación y legrado para terminación del embarazo                        |
| 695                 |  | 6951               | Legrado por aspiración del útero para terminación de embarazo             |
| 743                 |  | 743X               | Extracción de embrión intraperitoneal                                     |
|                     |  | 75AX               | Administración oral de medicamentos para terminación de embarazo          |
|                     |  | 75 <sup>a</sup> 1  | Administración de Misoprostol para interrupción del embarazo (ILE)        |
|                     |  | 75 <sup>a</sup> 2  | Administración de Misoprostol para terminación del aborto incompleto      |
| 75 <sup>a</sup>     |  | 75 <sup>a</sup> 3  | Administración de otro medicamento para interrupción del embarazo (ILE)   |
|                     |  | 75 <sup>a</sup> 4  | Administración de otro medicamento para terminación del aborto incompleto |

### Control y registro de la información

Los sistemas de registro institucional: Sistema de Información de Atención Integral en Salud (SIAIS), Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) y el Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMO-C) alimentan el sistema Informe Boletín Semanal (IBS) que, a su vez, presenta su información en el SUIVE en el registro de casos.

Los anexos 1, 2, 3 y 4, en copia serán entregados al personal médico administrativo, para su compilación y resguardo, mismos que permitirán el registro del caso en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE).



## ANEXO 12

### Indicadores o signos de alarma de violencia



### Indicadores o signos de alarma de violencia

Se recomienda que el personal de salud pregunte al paciente sobre la exposición a la violencia cuando aparezcan algunas de los siguientes indicadores, los cuales pueden ser causados o complicarse cuando exista violencia. Asimismo, Médico No Familiar y/o de urgencias buscará de forma intencionada la presencia de signos de alarma, en personas que acudan de forma reiterativa u ocasional a demandar atención médica, con lesiones físicas, alteración emocional, trastornos de ansiedad, depresivos o somatizaciones:

- Marcas de lesiones nuevas o antiguas en diversas partes del cuerpo (rasguños, cicatrices, hematomas, quemaduras, mordeduras, fracturas, etc.)
- Síndrome de estrés post traumático
- Estado de nerviosismo o de tensión frecuente o permanente
- Manifestaciones depresivas o de ansiedad
- Trastornos del sueño (insomnio/hipersomnia) e intento suicida
- Somatizaciones, principalmente migraña y colitis
- Síntomas gastrointestinales crónicos inexplicables
- Síntomas reproductivos inexplicables como múltiples intentos de embarazo
- Infecciones de transmisión sexual repetitivas
- Dolor pélvico crónico
- Lesiones traumáticas que se repiten sin tener explicación
- Problemas en el sistema nervioso central como cefalea, pérdida de la audición
- Estados de desnutrición
- Lesiones o problemas dentales
- Negación de maltrato a pesar de la evidencia
- Trastornos de comportamiento, coraje, rabia
- Aislamiento familiar y social
- Baja autoestima
- Consulta recurrente y frecuente sin causa aparente
- Abuso en el consumo de bebidas alcohólicas

### Consumo de otras drogas

En dado caso que la persona afectada lo consienta, se le aplicarán cuestionarios específicos de tamizaje para la detección de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, con el propósito de iniciar el protocolo de manejo indicado.

Por su parte, las situaciones y condiciones básicas que pueden aumentar el riesgo de violencia son:

- Trámites de separación
- Embarazo
- Iniciar una nueva relación
- Cita en los juzgados
- Falta de red de apoyo



- Tener alguna discapacidad

#### Indicadores de peligro extremo ante la violencia

- La mujer declara temer por su vida o la de sus hijos e hijas.
- Amenazas con armas o uso de las mismas.
- Amenazas o intentos de homicidio a ella y sus hijos o hijas.
- Amenazas o intentos de suicidio de la paciente.
- Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia.
- Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, a dónde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Aislamiento creciente.
- Consumo de alcohol u otras drogas por parte del cónyuge.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

Balanza M P, Bonilla Rasines, Eduardo, Cámara Meseguer, Josefina. Canovas Cuenca, Sergio, Díaz García, Isidora, Garriga Puerto, Ascensión, González Matas, Juana Ma. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Guía de práctica clínica, servicio murciano de salud. Edición 2010-09-17.

#### Severidad de la Violencia

| Magnitud          |              | Moderada  | Severa  | Extrema  |
|-------------------|--------------|---|---|--|
| Signos y Síntomas | Físicos      | Dolor crónico, exacerbación de los síntomas de enfermedades crónicas, entumecimiento, hormigueo, dolor articular o de espalda crónico, cefaleas.                                  | Somatizaciones, como dolores de cabeza, alteraciones para conciliar el sueño, alteraciones en el apetito, síndrome de colon irritable, gastritis, dificultad para dormir, taquicardias, golpes, moretones, lesiones, embarazos no deseados o no planeados, infecciones de transmisión sexual frecuentes.                            | Las lesiones han puesto en peligro la vida de la mujer.  |
|                   | Cognitivos   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Preocupación</li><li>• Percepción de que algo anda mal, tendencia a minimizar la violencia, tendencia a negar la victimización.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Confusión, problemas para tomar decisiones, alteraciones en la atención y de memoria de corto plazo.</li><li>• Sabe que la relación es violenta, características atribuibles externas al agresor.</li><li>• Visión negativa de la vida actual y futura.</li></ul>                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Percepción de pérdida de control</li><li>• Distorsión de la realidad</li><li>• Riesgo de suicido u homicidio</li></ul> |
|                   | Conductuales | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aislamiento por iniciativa de la mujer.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida de control afrontamiento defectuoso, irritabilidad y problemas para llevar a cabo actividades nuevas.</li><li>• Aislamiento por presión de la pareja.</li><li>• Presencia de conductas compulsivas como el abuso en el consumo de sustancias, medicamentos y/o alimentos.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aislamiento externo</li><li>• Inadaptación a la vida diaria</li></ul>  |



|                      | <b>Emocionales</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sentimientos de tristeza, humillación y vergüenza, temor, autoestima débil.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aislamiento externo.</li><li>• Inadaptación a la vida diaria.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Malestar emocional crónico</li><li>• Miedo a sufrir una segunda victimización, desesperanza</li><li>• Depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT)</li><li>• Despersonalización</li></ul> |
|----------------------|--------------------|--|--|---|
| <b>Cronicidad</b>    |                    | < a 3 meses  | > a 3 meses  | No aplica   |
| <b>Frecuencia</b>    |                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuántas veces en los últimos 3 meses.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aumenta la frecuencia de los insultos, menoscopios en privado o delante de otros, de los señalamientos sobre la apariencia física y/o de los celos. O ha aumentado el golpe con la mano o el puño, las sacudidas, jalones, torceduras, patadas, empujones, etc.</li></ul>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hay amenazas a la integridad e incluso la vida de ella, sus hijas e hijos o familiares.</li></ul>   |
| <b>Nivel de daño</b> |                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Las alteraciones a nivel social, laboral, emocional y/o físico son poco observables, causan daño en las diferentes esferas de la vida, pero aún no se visibilizan.</li></ul> | <p>Social: aislamiento de la familia, no permite visitas, la relación con el exterior está deteriorada. Hay daño físico (mádicamente observable), emocional y laboral-económico (hay una restricción de los recursos económicos propios y de la pareja). Las relaciones sociales y familiares son severamente afectadas.</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Peligro de muerte</li><li>• Redes sociales inexistentes o inseguras</li></ul>   |

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos. Primera Edición, 2010.



### **ANEXO 13**

#### **Evaluación del estado mental y criterios de referencia**



## Evaluación del estado mental y criterios de referencia

- a. El Médico No Familiar, general y/o de urgencias realizará el diagnóstico clínico del tipo de violencia, con énfasis en la evaluación del estado mental y del posible riesgo suicida (ver en el presente Anexo la Evaluación del Estado Mental). El personal médico registrará en el Expediente clínico los datos que sustenten el diagnóstico, el plan de manejo y de seguimiento.
- b. Los casos que ameriten referencia ya sea por afectación física, mental y/ o de funcionalidad en los diferentes ámbitos, los derivará con base en los criterios establecidos (ver en el presente Anexo los Criterios de Referencia a 2do nivel).
- c. El personal médico realizará la búsqueda intencionada (clínica) de los diversos tipos de violencia en las personas en los que identifique indicadores físicos y/o mentales de riesgo y/o daño. Ver “Indicadores o signos de alarma de violencia”, (Anexo 11).
- d. En caso de presentar criterios de envío para la atención psiquiátrica, se canalizará a la unidad médica correspondiente en apego al “Procedimiento para otorgar atención médica en las unidades de medicina familiar”, clave 2640-003-002.
- e. En los casos en que las personas afectadas requieran atención inmediata y no estén disponibles los servicios institucionales, el personal médico enviará a las personas afectadas al servicio de trabajo social, por medio del formato “Solicitud de servicios 4-30-200”, para su derivación a la red de unidades de apoyo interinstitucional.
- f. En todos los casos de violencia el personal médico proporciona información adecuada a las características de la persona afectada, su familia y/o acompañante, acerca de los procedimientos realizados en el diagnóstico, tratamiento integral, complicaciones y pronóstico.



## Evaluación del estado mental

Es la parte del examen clínico que describe el aspecto de la persona víctima de violencia, su lenguaje, conducta, percepciones y pensamientos. Se aplica y se registra en 5 minutos en promedio:

Descripción muy concreta:

1. Apariencia: aspecto físico, comportamiento y actitudes hacia el entorno.
2. Estado de ánimo: triste, alterado, alegre, acelerado, etc.
3. Lenguaje: fluido, claro, congruente.
4. Percepción: escucha, siente o ve cosas acordes al entorno.
5. Pensamiento: expresa ideas y pensamientos acordes a la realidad.
6. Estado de conciencia y cognición: atención, concentración, orientación y memoria adecuadas, o está ausente. En la cognición se valora si la información que maneja es apropiada a su cultura, nivel de escolaridad e inteligencia.
7. Control de impulsos: es adecuado o se altera fácilmente.
8. Juicio: es capaz de tomar buenas decisiones en circunstancias específicas.
9. Confiabilidad: se contradice o inspira credibilidad.

## Evaluación del riesgo de autolesión o suicida:

Se evalúan tres tipos de comportamientos en el riesgo de autolesión o intención suicida:

1. **Nivel de impulsividad:** poca tolerancia, irritable, muy sensibles al rechazo, con dificultad para enfrentar situaciones problemáticas.
2. **Fragilidad mental:** muestran niveles elevados de ansiedad, inestabilidad, sensación de perder el control, de volverse “locos”.
3. **Rigidez de personalidad:** se exigen demasiado, no se perdonan si fallan, cumplen de forma estricta con normas sociales, son muy vulnerables al fracaso y a la crítica.

Además de la presentación de algunas características de la evaluación previa, se asocian otros síntomas que se describen a continuación, para integrar el nivel de riesgo:

- **Riesgo bajo:** aislamiento y descontrol emocional, síntomas depresivos, pesimismo, pensamientos de que los problemas no tienen solución, sentimientos de culpa y de daño a los demás.
- **Riesgo alto:** sentimientos de desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones desagradables, aislamiento social, deseos de morir, ideación o planeación suicida.



### Criterios de referencia a 2do nivel

El personal médico identificará a las mujer, adolescente o niña que presente sintomatología que ponga en riesgo su integridad o la de los demás, con la finalidad de referirla al servicio de psiquiatría del segundo nivel de atención, a partir de los siguientes criterios:

1. Riesgo alto de autolesión o suicidio.
2. Comportamiento auto y heteroagresivo de difícil control.
3. Antecedente de intentos de suicidio previos.
4. Manifestaciones disociativas y/o psicóticas.
5. Presentación de crisis de pánico.



**ANEXO 14**

**Escala para medir el grado de violencia (EMGV)  
2650-B09-007**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

ESCALA PARA MEDIR EL GRADO DE VIOLENCIA

| 1<br>Preguntas   | 2<br>Nunca | 3<br>Alguna vez | 4<br>Varias veces | 5<br>Muchas veces |
|--|------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| 6<br>1. ¿La ha insultado?  | 0          | 4               | 8                 | 12                |
| 2. ¿Le ha rebajado o menospreciado?  | 0          | 5               | 10                | 15                |
| 3. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?                              | 0          | 5               | 10                | 15                |
| 4. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?   | 0          | 4               | 8                 | 12                |
| 5. ¿Se ha puesto celoso o sospechoso de sus amistades?                                   | 0          | 4               | 8                 | 12                |
| 6. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?   | 0          | 6               | 12                | 18                |
| 7. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?                            | 0          | 9               | 18                | 27                |
| 8. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales? | 0          | 4               | 8                 | 12                |
| 9. ¿Le ha golpeado con el puño de la mano?   | 0          | 5               | 10                | 15                |
| 10. ¿Le ha sacudido, zarandead o jaloneado?  | 0          | 5               | 10                | 15                |
| 11. ¿Le ha torcido el brazo?   | 0          | 6               | 12                | 18                |
| 12. ¿Le ha pateado?  | 0          | 8               | 16                | 24                |
| 13. ¿Le ha empujado intencionalmente?  | 0          | 5               | 10                | 15                |
| 14. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?  | 0          | 9               | 18                | 27                |
| 15. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?                                      | 0          | 9               | 18                | 27                |
| 16. ¿Le ha quemado con cigarrillo u otra sustancia?                                      | 0          | 6               | 12                | 18                |
| 17. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?  | 0          | 6               | 12                | 18                |
| 18. ¿Le ha intentado ahogar o asfixiar?  | 0          | 9               | 18                | 27                |
| 19. ¿Le ha amenazado con arma, navaja, cuchillo o machete?                               | 0          | 9               | 18                | 27                |

Número de Seguridad Social agregado: \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

Nombre del personal de servicios de salud que llena la cédula: \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_

2650-B09-007



**ANEXO 14**  
**Escala para Medir el Grado de Violencia EMGV**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

En este formato se registran las respuestas a las preguntas dirigidas, en relación a identificar la frecuencia de presentación de cada evento, específicamente en lo relacionado a la violencia psicológica, sexual y física. Lo aplica preferentemente personal médico y de trabajo social. Independientemente del resultado a seguir se tiene que realizar el Registro de Casos de Violencia Familiar o Sexual (RCVFS), clave Anexo 5, Aviso al Agente del Ministerio Público, clave Anexo 6 y Aviso a la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, clave Anexo 7.

| No. | DATO  | ANOTAR  |
|-----|---|---|
| 1   | Preguntas   | Investigar la severidad de la violencia psicológica, sexual y física. En las celdas correspondientes por cada cuestionamiento debe registrarse una ocasión según la frecuencia de eventos de violencia. |
| 2   | Nunca   | Anotar en la celda correspondiente una “X” si no ha presentado en alguna ocasión lo referido en el cuestionamiento.   |
| 3   | Alguna vez  | Anotar en la celda correspondiente una “X” si ha presentado en una ocasión lo referido en el cuestionamiento.   |
| 4   | Varias veces  | Anotar en la celda correspondiente una “X” si ha presentado en más de dos veces lo referido en el cuestionamiento.  |
| 5   | Muchas veces  | Anotar en la celda correspondiente una “X” si ha presentado en más de cuatro veces lo referido en el cuestionamiento.   |
| 6   | Número en la celda, inferior derecha                          | Para conocimiento el valor que se le da a cada acción referida. Va incrementándose según la frecuencia y la severidad de la acción.   |
| 7   | Número de Seguridad Social con agregado                       | Los 11 dígitos y el agregado completo.  |
| 8   | Fecha   | Con números arábigos el mes y año de elaboración del reporte.   |
| 9   | Nombre del personal de servicios de salud que llena la cédula | Iniciando por la categoría, luego el apellido paterno, materno y nombre.  |

2650-B09-007



**ANEXO 15**

**Carta de consentimiento informado de la usuaria para procedimiento médico  
2650-B09-008**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MEDICA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA USUARIA PARA PROCEDIMIENTO MEDICO**

UNIDAD MEDICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(CALLE) (DIA) (MES) (AÑO)  
HORA: \_\_\_\_\_

DIRECTOR/A DEL HOSPITAL \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
P R E S E N T E |

La/el que suscribe \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ por medio del presente, me permito  
Nombre de la beneficiaria, madre, padre, tutor/a o representante legal en caso de ser menor de 12 años o no estar en condiciones de responder  
dejar, hacer de su conocimiento, que el/la Dr. (a) que me está atendiendo, me ha proporcionado \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ información amplia, clara y precisa, sobre el procedimiento médico a realizar, consistente en:

\_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_  
(Acta médica autorizada)  
Queda entendido que se me han explicado ampliamente los riesgos potenciales de dicho procedimiento, los cuales he comprendido con suma claridad. No obstante ello, deseo informarle que ACEPTO con pleno conocimiento y toda libertad los riesgos inherentes y consecuentemente otorgo mi CONSENTIMIENTO y AUTORIZO al personal médico de este Hospital para que realicen en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiendo que los mismos van encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud.

De igual manera, se autoriza al personal médico a realizar el tratamiento que se considere necesario en caso de contingencias o urgencias, derivados del procedimiento autorizado, atendiendo el principio de libertad prescriptiva establecido en el numeral 10.1.1.7 de la NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico.

El presente procedimiento se practica con fundamento en lo establecido en los puntos 6.2.1.2 y 6.2.1.4, de la Norma Oficial Mexicana "NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención", ya que soy una persona afectada por violencia.

Nombre, firma y/o huella de la usuaria: \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

\*En caso de ser menor de edad, nombre, firma y/o huella de padre, madre o tutor/a o representante legal: \_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Médico tratante: \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_  
Número de matrícula: \_\_\_\_\_

9

(Sello de aprobación de la Dirección de la Unidad Médica de recepción de la solicitud)

\*Elaborar Original: (Unidad Médica, Expediente Clínico) y Copia: (usuaria o responsable).

\*\*Se deberá anexar al presente, copia de las identificaciones de la solicitante y las y/o los representantes legales.



### ANEXO 15

#### Carta de consentimiento Informado de la Usuaria para Procedimiento Médico INSTRUCTIVO DE LLENADO

Este formato garantiza que la persona afectada, su madre, padre, tutor/a o representante legal en caso de ser menor de 12 años, autorice de forma libre e informada, a que se realice él o los procedimientos médicos necesarios como interrogatorio, exploración física o cualquier otro que el médico considere. Su llenado debe ser manual y los datos deben asentarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras. Una vez requisitado, por el personal médico, debe integrarse en el expediente clínico de la unidad médica.

| No. | DATO  | ANOTAR  |
|-----|---|---|
| 1   | Unidad médica   | Nombre de la Unidad de Segundo o de Tercer Nivel en donde se realice el procedimiento.                  |
| 2   | Fecha   | Ciudad, día, mes, año y hora en la que se proporciona la atención.                                      |
| 3   | Persona titular de la dirección del Hospital                              | Nombre completo de la persona Titular de la Unidad Médica.  |
| 4   | Nombre de la derechohabiente, madre, padre, tutor/a o representante legal | Nombre completo de la persona que requisita el formato.   |
| 5   | Datos del personal médico tratante  | Nombre completo del personal médico que realizará el procedimiento y número de matrícula.               |
| 6   | Acto médico autorizado  | Definir el acto médico que se realizará.  |
| 7   | Datos de la derechohabiente, madre, padre, tutor/a o representante legal  | Nombre completo y firma y/o en el recuadro correspondiente, huella digital, número de seguridad social. |

2650-B09-008



**ANEXO 15**

**Carta de consentimiento Informado de la Usuaria para Procedimiento Médico  
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

| No. | DATO  | ANOTAR  |
|-----|---|---|
| 8   | Nombre, firma y matrícula del médico tratante | Colocar nombre, firma y matrícula del médico tratante.  |
| 9   | Sello   | Sello de recepción de la Dirección de la Unidad Médica. |

2650-B09-008