

HOJA DE REGISTRO DE ATENCIÓN POR VIOLENCIA Y/O LESIÓN SINBA SEUL-17-P DGIS

	CLUES:	: L L L L L L L L L L L L L L L L L L L	SINBA SEUL-17-P DGIS		FOLIO:	
	NOMBR	RE: Nombre(s)	Primer Apellido	Segun	do Apellido	
	C.U.R.P.:					
ADA(O)	ESCOLARIDAD: 1 Ninguna 3 Primaria 5 Secundaria 7 Bachillerato o preparatoria 8 Profesional 10 Posgrado 99 Se ignora ESCOLARIDAD SELECCIONADA: 1 Completa 2 Incompleta SABE LEER Y ESCRIBIR: 1 Si 2 No					
PACIENTE AFECT	¿SE CONSIDERA INDÍGENA? 1 SÍ 2 No ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 1 SÍ 2 No ¿CUÁL? Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, serán considerados como tales. Especifique ¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO? 1 SÍ 2 No Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, o temporal (paisanos).					
	1	R EN EDAD FÉRTIL: Si el evento corresponde a una mujer de 9 a 59 años, especifique si la lesión o violen Bribarazo Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico) MANAS DE GESTACIÓN:	cia ocurrió durante: estaba embarazada ni en el puerperio	DIFICULTAD (DISCAI	PACIDAD): 1 S/ 2 No	
	REFERIDA(O) POR: 1 Unidad médica Nombre: CLUES: 2 Procuración de Justicia 3 Secretaría de Educación Pública 4 Desarrollo Social 5 DIF 6 Otras instituciones gubernamentales 7 Instituciones No gubernamentales 8 Sin referencia (iniciativa propia) FECHA Y HORA DE OCURRENCIA: 1 Si 2 No					
	7	DE OCURRENCIA: Vivienda 1 Institución residencial 2 Escuela 3 Área de deporte Granja 8 Club, cantina, bar 9 Vehículo automotor público 10 Vehículo autom		5 Comercio y áreas de servicio Especifique	6 Trabajo 12 Lugar no especificado	
	OMICILIO DI OCURRENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA: MUNICIPIO O ALCALDÍA: TIPO DE LA VIALIDAD: TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: NOME	LOCALIDAD: LIDAD: STRE DE ASENTAMIENTO HUMANO:	NÚM. EXT.: _	CÓDIGO POSTAL:	
	INTENC	CIONALIDAD DEL EVENTO: 1 Accidental 2 Violencia familiar 3 Violencia	a No familiar 4 Autoinfligido	11 Trata de personas		
EVENTO	1 2 3	TE DE LA LESIÓN: Jeugo, flama, sustancia caliente/vapor Intoxicación por drogas o medicamentos Pie o mano Caída Sobjeto contundente Dio Asfixia o sofocación Dibjeto punzocortante Dio Múltiples agentes Dio Objeto punzocortante Dio Proyectil arma de fu Cuerpo extraño Dio Aborcamiento	16 Corriente eléctrica	Desastre natural Vehículo de motor Ahogamiento por sumersión Piquete / mordedura de animal Jerusas de la naturaleza	24 Intoxicación por plantas, hongos venenosos 25 Otro	
	RECIBIÓ	RECIBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: 1 SÍ 2 No TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA: HH : MM				
	ENTE	PECHA QUE LA/EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE: 1 Alcohol 2 Droga por in SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR: 1 Si 2 No LA/EL LESIONADA(O) ES ¿QUÉ EQUIPO DE SEGURIDAD UTILIZÓ?: 1 Cinturón de seguridad 2 Casco 3 Sillín po		es 4 Se ignora 5 Ning 3 Peatón USÓ EQUIPO DE SEGUI Especifique		
	-	TIPO DE VIOLENCIA: 6 Violencia física 7 Violencia sexual 8 Violencia psicolo	ógica 9 Violencia económica/pat	rimonial 10 Abandono y/o negli	gencia	
	VIOLENCI	AGRESOR(A): NÚM. DE AGRESORES: 1 Única(o) 2 Más de una(o) PARENTESCO CON LA/EL AFECTADA(O): EL/LA AGRESOR(A) SE SOSPECHA QUE ACTUÓ BAJO LOS EFECTOS DE: 1 Alcohol 2 Repetid		1 Masculino 2 Femenino 1 rogas ilegales 4 Se ignora	EDAD DEL/LA AGRESOR(A): Años S Ninguna	
	FECHA \	Y HORA DE ATENCIÓN: LO Mes Año HH : MM SERVICIO	O QUE OTORGÓ LA ATENCIÓN: 1 C 4 Servicio especializado de atención	onsulta externa 2 Hospitalización n a la violencia 5 Otro servicio	3 Urgencias Especifique	
	TIPO DE	DE ATENCIÓN: 1 Médica 2 Psicológica 3 Quirúrgica 4 8 Profilaxis VIH 9 Profilaxis otras ITS 10 IVE (Interrupción Voluntari	Psiquiátrica 5 Consejería a del Embarazo) 11 Vacuna VPH	6 Otra 7	Píldora anticonceptiva de emergencia	
	_			xtremidades superiores 7 Mano 16 Otros Especifique	8 Tórax 9 Espalda y/o glúteos 17 No hubo lesión	
	8 16	Múltiple 17 Amputación / avulsión 18 Fractura 19 Defunción 20 Malestar emoci		13 Luxación / esguince 14 Herida		
ATENCIÓN	CIONES	AFECCIÓN PRINCIPAL: 1. 2. 3.			Sivo del personal codificade	
	-	EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión):			RESELECCIÓN AF. P	
	DESTING 5	Folio del certificado NSABLE DE LA ATENCIÓN: 1 Médica(o) tratante 2 Psicóloga(o) tratante	Servicio especializado atención a libergue 7 DIF 8 Hosp. 3 Trabajadora o trabajador social	violencia 4 Consulta exi italización 9 Ministerio públi 11 Otro		
	C.U.R.P.	Nombre(s)		FIRMA:	do Apellido iente afectada(o) y evento.	