

HISTORIAL DE ATENCIÓN

Fecha de atención			
-------------------	--	--	--

1. DATOS GENERALES

Nombre completo			
Nombre alternativo/Trans			
Género			
Nacionalidad			
Sabe leer y escribir	Si	No	
Teléfono y correo electrónico			
Estado civil			
Dirección			
Idioma			
Orientación Sexual			

2. TIPO DE CASO

Individual	
Familiar	

3. DATOS GENERALES DE FAMILIARES

Nombre completo	Nacionalidad	Edad	Sexo	Relación con el punto focal	Condición migratoria a solicitar

4. TRAYECTO MIGRATORIO

Fecha de ingreso a México		Medio de ingreso a México		
¿Cuántas veces ha estado en México?		¿Has sido rechazado en algún aeropuerto en México?	SI	NO
¿Estuvo en Estación Migratoria?	SI	NO	Entre que fechas	

5. CONDICIÓN MIGRATORIA EN LA QUE SE ENCUENTRA LA PERSONA MIGRANTE

¿Qué condición migratoria tiene?	Regular	¿Cuál?	Irregular	¿Hace cuánto tiempo?
Documentos de identificación que cuenta la persona migrante				

6. CONDICIÓN MIGRATORIA A SOLICITAR ANTE EL INM

¿Qué condición migratoria solicitará ante el INM?			
Listado de documentos que la persona migrante debe obtener para realizar su solicitud ante el INM			
¿Se realizó canalización u orientación con el consulado del país de origen de la persona migrante?	SI	¿Dónde?	NO
¿La persona migrante requiere de un acompañamiento de parte del personal del MAP?	SI	¿Por qué?	NO
Observaciones y/o sugerencias			

7. REVISIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS

¿La persona migrante reunió todos los documentos requeridos?	
Observaciones de seguimiento	

8. INSERCIÓN LABORAL

¿La persona migrante participó de la plática informativa?	SI		NO
¿Obtuvo sus documentos laborales?	SI		NO
¿Fue canalizado a alguna instancia pública o privada	SI	¿Cuál?	NO
¿Encontró trabajo?	SI	¿Dónde?	NO

OBSERVACIONES FINALES	
------------------------------	--

Nombre y firma de la persona a cargo de la atención: _____

HISTORIAL DE ATENCIÓN

Niño, Niña y Adolescente No Acompañado

Fecha de atención			
-------------------	--	--	--

1. DATOS GENERALES

Nombre completo	
Género	
Nacionalidad	
Teléfono	
Idioma	

2. OBSERVACIONES GENERALES (Registrar la atención realizada y la canalización a la entidad correspondiente)

--

Nombre y firma de la persona a cargo de la atención: _____