

Centro de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia en _____
Estudio Socioeconómico del Área de Trabajo Social y Formato Detección Nivel de Riesgo

Fecha de aplicación del estudio:

No. de expediente:

Nuevo ingreso: Si () No ()

A) DATOS DE LA USUARIA

I. Datos Generales de la usuaria		
<i>Nombre (s):</i> _____ <i>Primer Apellido:</i> _____ <i>Segundo Apellido:</i> _____		
<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>Edad:</i>	<i>Nacionalidad:</i>
<i>Escolaridad:</i> () Sin escolaridad () Primaria () Secundaria () Bachillerato/Preparatoria () Carrera Técnica () Licenciatura () Posgrado () Sin dato		
<i>Estado civil:</i> () Soltera () Casada () Viuda () Divorciada () Concubinato () Unión Libre () Separada () Sin dato		
<i>Ocupación:</i> () Labores del hogar () Empleada () Obrera () Jornalera () Estudiante () Trabaja por su cuenta () Desempleada () Sin dato		
<i>Lugar de origen:</i>	<i>Domicilio:</i>	
<i>Localidad:</i>	<i>Código Postal:</i>	<i>Tiempo de residir:</i>
<i>¿Actualmente vive en otra dirección?</i>	<i>Referencia geográfica:</i>	
<i>Teléfono fijo:</i>	<i>Teléfono celular:</i>	<i>Teléfono adicional:</i>

<i>Religión:</i>	<i>Idioma:</i>
<i>Medio de transporte para trasladarse:</i>	
<i>Interdicta</i> ¹ () Sí () No	
<i>¿Pertenece a algún grupo étnico?</i> () Sí () No	
<i>Especifique:</i>	
<i>Migrante:</i>	
<i>¿Padece algún tipo de discapacidad?</i> () Visual () Auditiva () Motriz () Intelectual	
<i>¿Padece alguna adicción?</i> <i>¿Cuál?</i>	
II. Media filiación y señas particulares de la usuaria	
<i>Tez (color):</i> () Albina () Amarilla () Blanca () Morena clara () Morena oscura () Negra	
<i>Ojos (color):</i> () Azules () Café claro () Café oscuro () Gris () Negros () Verdes	
<i>Cara (tipo):</i> () Alargada () Cuadrada () Ovalada () Redonda () Otro	
<i>Nariz (forma):</i> () Aguileña () Ancha () Recta	
<i>Cabello (color):</i> () Cano () Castaño claro () Castaño oscuro () Entrecano () Negro () Rojo () Rubio () Otro	
<i>Boca (tamaño):</i> () Grande () Mediana () Pequeña	
<i>Peso:</i> Kg.	<i>Estatura:</i> mts.
<i>Señas particulares</i> <i>Descripción y ubicación:</i>	

III. Integración familiar						
Nombre	Parentesco	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación

¹ Interdicta significa: Persona incapaz de representarse jurídicamente.

IV. Vivienda			
() <i>Propia</i>	() <i>Rentada</i>	() <i>Prestada</i>	() <i>Otro</i> <i>Especifique:</i>
<i>A nombre de quién está la propiedad:</i>			
<i>Si están casados por qué régimen matrimonial: () Sociedad Conyugal () Separación de Bienes</i>			
Clasificación de la vivienda			
Niveles de construcción			
() <i>Casa</i>	() <i>Departamento</i>	() <i>Vecindad</i>	() <i>Albergue</i>
Material predominante			
() <i>Paredes</i>	() <i>Ladrillo</i>	() <i>Block</i>	() <i>Otros</i> <i>¿Cuál?</i>
() <i>Techo</i>	() <i>Concreto</i>	() <i>Lámina</i>	() <i>Otros</i> <i>¿Cuál?</i>
() <i>Piso</i>	() <i>Vitropiso</i>	() <i>Cemento</i>	() <i>Otros</i> <i>¿Cuál?</i>
Espacios con que cuenta			
() <i>Dormitorios</i>	() <i>Sala</i>	() <i>Cocina</i>	() <i>Comedor</i>
() <i>Baño completo</i>	() <i>Medio baño</i>	() <i>Patio</i>	() <i>Cochera</i>
Mobiliario/Aparatos electrodomésticos			
() <i>Televisiones:</i>	() <i>Estéreo:</i>	() <i>Video/DVD:</i>	() <i>Estufa:</i>
() <i>Horno de microondas:</i>	() <i>Lavadora:</i>	() <i>Centro de lavado:</i>	() <i>Refrigerador:</i>

() <i>Licuada:</i>	() <i>Computadora:</i>	() <i>Camas:</i>	() <i>Sillones:</i>
() <i>Boiler solar o de gas:</i>		() <i>Otros:</i>	
Servicios internos con que cuenta			
() <i>Energía eléctrica:</i>	() <i>Agua potable:</i>	() <i>Drenaje:</i>	
Servicio externos			
() <i>Alumbrado público:</i>	() <i>Pavimentación:</i>	() <i>Alcantarillado:</i>	
Clasificación de la zona			
() <i>Residencial:</i>	() <i>Urbana:</i>	() <i>Suburbana:</i>	
() <i>Rural:</i>	() <i>Indígena o marginada:</i>	() <i>Otra:</i>	

V. Programa asistencia social					
¿Es beneficiaria de algún programa social? () Sí () No ¿Cuál?					
<i>Programa Pensión para Adultos Mayores</i>	<i>Programa de Empleo Temporal</i>	<i>Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras</i>	<i>Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas</i>	<i>Programa 3 x 1 para Migrantes</i>	<i>Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia</i>
<i>Programa de Comedores Comunitarios</i>	<i>BIENESTAR, Programa de Inclusión Social</i>	<i>Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas</i>	<i>Programa de Coinversión Social</i>	<i>Programa de Fomento a la Economía Social</i>	<i>Programa de Seguridad Alimentaria "SEGALMEX"</i>
<i>Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)</i>	<i>Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías (FONART)</i>	<i>Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE)</i>	<i>Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS)</i>	<i>Otro: ¿Cuál?</i>	

VI. Aspecto económico	
Ingresos	
<i>Usuaría: \$</i>	<i>Esposo/pareja:\$</i>
<i>Padre: \$</i>	<i>Madre:\$</i>
<i>Hija: \$</i>	<i>Hijo:\$</i>
<i>Otros ingresos:</i>	

Total ingresos: \$		
Egresos por servicios/necesidades		
Alimentación: \$	Renta: \$	Predial: \$
Teléfono: \$	Gas: \$	Agua potable: \$
Energía eléctrica: \$	T.V por cable: \$	Internet: \$
Gasolina: \$	Transporte: \$	Medicamentos: \$
Leche/pañales: \$	Educación: \$	Otros ¿Cuáles? \$
Total egreso mensual: \$		

Remanencia ² : \$

VII. Datos laborales	
Usuaría	Esposo/pareja
Empresa:	Empresa:
Dirección:	Dirección:
Teléfono:	Teléfono:
Puesto	Puesto
Horario:	Horario:

VIII. Estado nutricional			
() Excelente	() Bueno	() Regular	() Malo
Observaciones:			

² Remanencia significa: Saldo final de la cuenta. Ingresos menos egresos.

IX. Servicios médicos			
() IMSS	() ISSSTE	() Seguro Popular	() Cruz Roja
() Dispensario	() Servicios similares	() Servicio particular	() Otro ¿Cuál?

X. Enfermedades que padezca		
Tipo	Frecuencia	¿Controlada?
Embarazo: () Sí () No	Semanas de gestación:	() Bajo riesgo () Alto riesgo
Antecedentes de abortos, golpes durante el embarazo, producto de violación:		
Por algún problema de salud, usted tiene dificultad para: Caminar, bajar o subir sus pies: _____ Ver, aunque use lentes : _____ Mover o usar brazos o manos: _____ Aprender, recordar o concentrarse: _____ Escuchar, aunque use aparato: _____ Bañarse, vestirse o comer: _____ Hablar o comunicarse: _____ Tiene dificultad para realizar sus actividades diarias por problemas emocionales: _____		

XI. Relación familiar/vecinal	
¿Qué tipo de relación tiene con sus padres? () Buena () Regular () Mala	Comentarios:
¿Qué tipo de relación tiene con sus hijas/os? () Buena () Regular () Mala	Comentarios:
¿Qué tipo de relación tiene con sus hermanas/os? () Buena () Regular () Mala	Comentarios:
¿Qué tipo de relación tiene con sus vecinas/os? () Buena () Regular () Mala	Comentarios:
¿Ha habido experiencia de violencia en su familia de origen?	

XII. Áreas libres o recreativas	
¿A qué dedica su tiempo libre?	Comentarios:
¿Acude a lugares recreativos y/o culturales? ¿Con qué frecuencia?	Comentarios:
¿A usted, le interesaría participar en algún taller o curso que pudiera ofrecer el área de Empoderamiento de SEMUJER?	Comentarios:

XIII. Red de apoyo	
¿Quién es/son la/las persona/s de su máxima confianza para compartirle las situaciones que ha vivido/vive, y con quien pueda contar incondicionalmente?	Datos personales y teléfono:

B) DATOS DEL AGRESOR

XIV. Datos del agresor	
Nombre y alias (en su caso):	
Fecha de nacimiento:	Escolaridad:
Lugar de nacimiento:	
Ocupación:	Edad:
Domicilio:	Tipo de relación con la víctima:

XV. Media filiación y señas particulares del agresor	
Tez (color): () Albina () Amarilla () Blanca () Morena clara () Morena oscura () Negra	
Nariz (tamaño): () Chica () Mediana () Grande	
Nariz (forma): () Aguileña () Ancha () Recta	
Ojos (color): () Azules () Café claro () Café oscuro () Gris () Negros () Verdes	
Ojos (tamaño): () Redondos () Ovalados () Rasgados () Otros	
Cabello (forma): () Lacio () Chino () Quebrado () Sin Cabello () Otro	
Cabello (color): () Cano () Castaño claro () Castaño obscuro () Entrecano () Negro () Rojo () Rubio () Otro	
Cara (tipo): () Alargada () Cuadrada () Ovalada () Redonda () Otro	
Cejas (color): () Cano () Castaño claro () Castaño obscuro () Entrecano () Negro () Rojo () Rubio () Otro	
Cejas (forma): () Hacia abajo () Hacia arriba () Rectas () Lineales () Separadas () Unicejas	
Pelo facial: () Barba () Bigote () Candado () Patillas () Ninguno	
Labios: () Delgados () Medianos () Gruesos	
Orejas (tamaño): () Grandes () Medianas () Pequeñas	
Boca (tamaño): () Grande () Mediana () Pequeña	
Peso: Kg. Complexión () Delgada () Mediana () Robusta	Estatura: mts.
Tatuajes:	Señas particulares:

XVI. Nivel de Peligrosidad del Agresor
<i>Durante la agresión estaba bajo los efectos de:</i> () Alcohol () Droga () Droga por indicación médica () De otro tipo ¿Cuál? () Se ignora () Ninguna
<i>Posee algún tipo de arma:</i> () Arma de fuego corta () Arma de fuego larga () Cuchillo () Machete () Picahielo () Puntas

() Hacha Navaja () Se ignora () Otra () ¿Cuál?
¿Tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel? () Sí () No
¿Ha sido violento con otras personas?
¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?
¿Tiene algún problema relacionado con los celos? () Sí () No

C) NIVEL DE RIESGO DE LA USUARIA

XVII. Elementos para evaluar el riesgo, según situación específica de violencia			
1. Riesgo a la salud mental e incremento de violencia			
No.	Factor de riesgo	Frecuencia en los últimos 12 meses	Observaciones
1	La insultó, menospreció o humillo en privado frente a otras personas.	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	
2	Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas (aislamiento) .	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	
3	La controló en sus actividades o tiempos.	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	
4	Le quitó o usó sus pertenencias en contra de su voluntad.	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	
5	La difamó o proporciono información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás.	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	
6	Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted.	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	
7	Le destruyó algunas de sus pertenencias.	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	
8	Se puso a golpear o patear la pared o algún otro mueble u objeto.	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	
9	Amenazó con golpearla o encerrarla.	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	
10	Amenazó con matarla.	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	
11	Amenazó con llevarse a sus hijos/as.	No _____ Sí _____ No. de veces _____ Fecha del último evento:	

2. Riesgo a la salud física		
12	La sacudió, zarandeó, jaloneó o empujó a propósito.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
13	La golpeó con la mano, el puño, objetos o la pateó.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
14	Quemaduras con objetos calientes o sustancias.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
3. Riesgo a la salud sexual y reproductiva		
15	La hostigó o acosó sexualmente o bien la forzó a dejarse tocar o acariciar en contra de su voluntad.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
16	Ha mantenido actitudes de acoso sexual o tocamientos hacia otras personas o hacia sus hijas/os.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
17	Ha forzado físicamente a alguna persona o alguno de sus hijas/os para tener sexo.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
18	Le controla el uso de métodos anticonceptivos o no le permite usarlos.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
19	La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin utilizarla fuerza física.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
20	La forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando la fuerza física.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
21	La forzó a tener sexo con prácticas que no son de su agrado.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
22	Ha estado o está embarazada como producto de la violación. (indague el tiempo de gestación)	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
23	Le ha impedido interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de la violación.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
24	La ha golpeado durante el embarazo.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
25	La ha golpeado durante el embarazo y eso le provocó un aborto.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
4. Riesgo de muerte inminente		
26	La golpeó tanto que usted creyó que iba a matarla.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____
27	La trató de ahorcar o asfixiar.	No ____ Sí ____ No. de veces ____ Fecha del último evento: _____

28	La tiró por las escalera o de la azotea, balcón, del auto en movimiento, etc.	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
29	La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete.	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
30	Le disparó con alguna pistola o rifle.	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	

Nota: Si la información reportada por la usuaria requiere la referencia de más de un tipo de servicio, elija el de mayor nivel de resolución.

XVIII. Elementos para evaluar la capacidad de respuesta de la usuaria ante los eventos violentos			
1	¿Ha tenido trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormida) y pesadillas?	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
2	¿Ha perdido interés en participar en actividades significativas para usted?	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
3	¿Usted ha tenido una gran pérdida recientemente (por muerte, separación, pérdida de bienes o de trabajo, etc.?)	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
4	¿Usted ha perdido casi todo contacto con familiares o amigos?	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
5	¿Usted consume alcohol o drogas con frecuencia?	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
6	¿Usted ha estado continuamente triste?	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
7	¿Usted ha pensado en quitarse la vida?	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
8	¿Usted ha planeado una forma de quitarse la vida?	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
9	¿Usted ha intentado quitarse la vida?	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
10	¿Tiene usted amigos/amigas o familiares que pudieran apoyarle con hospedaje o dinero en caso de emergencia?	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	
11	¿El lugar que piensa en caso de emergencia es un lugar donde su agresor no puede encontrarla?	No ____ Sí ____ No. de veces_____ Fecha del último evento:	

Nota: Si la usuaria responde afirmativamente de 3 a 4 reactivos del 1 al 9, muestra signos claros de depresión y requiere apoyo psicológico y asistencia en la puesta en operación del plan de seguridad.

XIX. Elementos para evaluar la peligrosidad del agresor			
1	¿Existe alguna razón por la que usted siente un miedo intenso hacia su generador de violencia?	No _____ Sí. Describa:	
2	¿Tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel?	No _____ Sí. Describa:	
3	¿Utiliza drogas o alcohol con frecuencia y tiene el efecto de agredirla severamente?	No _____ Sí. Describa:	
4	¿Tiene acceso a armas?	No _____ Sí. Describa:	
5	¿Participa en actividades delictivas?	No _____ Sí. Describa:	
6	¿Tiene nexos con grupos policíacos o militares?	No _____ Sí. Describa:	
7	¿Existen otros aspectos relevantes que nos ayuden a evaluar la peligrosidad del generador de violencia?	No _____ Sí. Describa:	

Nota: Si la usuaria responde afirmativamente a más de una de estas preguntas, el agresor es de alta peligrosidad, considere este factor en la elaboración del plan de seguridad.

XX. Relación con el generador de violencia	
¿Es usted víctima de la delincuencia organizada? <i>Sí_ No_</i>	
¿Es víctima de trata? <i>Sí_ No_</i>	

XXI. Tipo y modalidad de violencia identificadas: (Ver anexo 1)	
Tipos de violencia	
☐ Física ☐ Psicológica ☐ Sexual ☐ Económica ☐ Política	
Modalidad de violencia	
☐ Familiar ☐ Laboral o docente ☐ De la comunidad ☐ Institucional ☐ Política ☐ Digital ☐ Obstétrica ☐ Femenicida	

XXII. Características del hecho violento

Fecha en que ocurrieron los hechos violentos

Lugar de ocorrência

Frecuencia de los hechos

¿Ha tenido que salir del hogar? () Sí () No () Número de veces

Lugares a los que ha acudido

Tiempo de estancia

¿Ha levantado usted alguna acta circunstanciada de hechos o denuncia en contra del agresor? () Sí () No

Datos del acta o denuncia:

¿Cuenta con medidas de protección/medida cautelar? () Sí () No
Especifique:

Espectroscópica:

XXIII. Narración breve de los hechos:

¿La usuaria es referida por otra Institución?

() *Sí* () *No* ¿Cuál?

XXIV. Servicios que recibió en el CAMVV		
<i>Trabajo Social:</i>	<i>Psicología:</i>	<i>Área Jurídica:</i>
<i>Nombre del o la Profesionista:</i>	<i>Nombre del o la Profesionista:</i>	<i>Nombre del o la Profesionista:</i>
<i>Área Lúdica:</i>	<i>Acompañamiento Institucional:</i>	<i>Otro:</i>
<i>Nombre del o la Profesionista:</i>		

¿La usuaria es acompañada a otra Institución?	() <i>Sí</i> () <i>No</i> <i>¿Cuál?</i>

XXV. Cuando el estudio sea aplicado en el domicilio			
<i>Condiciones actuales de la vivienda.</i>			
<i>Ningún daño</i>	<i>Daños menores</i>	<i>Daños parciales</i>	<i>Daños mayores (inhabitable)</i>

XXVI. Requerimientos		
<i>Seguimiento del problema:</i>	<i>Apoyo asistencial:</i>	<i>Intervención psicológica:</i>
<i>Atención legal:</i>	<i>Revaloración:</i>	<i>Otros:</i>

XXVII. Diagnóstico Social

XXVIII. Necesidades y requerimientos de atención expresos o manifiestos de la usuaria

Sello

Nombre y firma de la usuaria: _____

Responsable: _____

Cédula Profesional: _____

Vo. Bo.

Coordinadora del Centro de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Zacatecas

Nota: De conformidad con la ruta de atención se deberá dar seguimiento al caso, con base en el formato de seguimiento.

Todos los campos deberán ser requisitados, en caso de no contar con la información, la persona responsable del llenado deberá marcar con líneas punteadas en dichos espacios.

LOS DATOS PERSONALES RECABADOS EN EL PRESENTE FORMATO, SERÁN PROTEGIDOS Y TRATADOS DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL ESTADO DE ZACATECAS Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES.