

**PROYECTO: MV-PROY-46-1A**

**ACTIVIDAD: 7A1.2.-ASESORÍA**

**DESCRIPCIÓN: BRINDAR ASESORÍA  
PSICOLOGICA SOCIAL Y JURIDICA A  
RECEPTORES DE VIOLENCIA (MUJERES).**

**2020**

**REPORTE DE ASESORÍAS PSICOLÓGICA, SOCIAL Y JURÍDICA  
A MUJERES**

Tlaxcala, Tlax; 31 de marzo del 2020

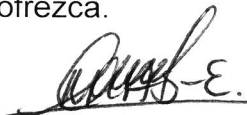
**LIC. MARIELA VÁSQUEZ PÉREZ**  
Jefa del Departamento. Especializado  
Contra la Violencia Familiar  
**P r e s e n t e**

Por medio de la presente reciba un cordial y afectuoso saludo, en mi calidad de responsable de la atención a mujeres generadoras y receptoras de violencia me permito remitir el informe de asesorías brindadas en el periodo de enero a marzo del año en curso, en el cual se otorgaron **37 asesorías psicológicas, sociales y jurídicas** por violencia psicológica y física quedando distribuidas por mes de la siguiente manera:

Mes	N° de Asesorías
Enero	04
Febrero	13
Marzo	20
Total:	<b>37</b>

\*Anexo hojas filtro

Sin más por el momento agradezco sus finas atenciones, quedando a la orden para o que se ofrezca.



**Lic. Martha Karina Hernández Martínez**  
Apoyo para el Seguimiento de  
Programas de Asistencia Social

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV 2993600018-1 FOLIO                      FECHA 21/01/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Laura Romero Curio Edad: 39  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorciada  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 28/05/81  
 Lugar de Nacimiento: Zacatelco

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono                       
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Lenguaje Extranjero:                     

**DOMICILIO**

Calle: Calle Benito Juárez S No. Ext: 56 No. Int:                       
 Colonia/Barrio: Barrio de la Cruz Azul Secc. Primera Código Postal:                       
 Estado: Tlaxcala Municipio: Zacatelco Localidad:                       
 Ubicado entre:                     

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Empleada Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: Playeras AKA Cargo:                      Ingreso Mensual:                       
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cuál? IMSS Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**  
 Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Idioma Extranjero:                     

**EDUCATIVO**  
 Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Secundaria

**SALUD FÍSICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique:                      Especifique:                       
 ¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique:                     

**MEDIA FILIACION**

Estatura:                      Mts. Peso: 60 Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**  
 Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usuaria que refiere que el 25 de Diciembre de 2019 su esposo la golpeo debido a una indiferencia

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál?                     

**DOMICILIO**

Calle: # 02 de febrero No. Ext: S/N No. Int:                       
 Colonia/Barrio: Tlacoyatla Código Postal:                       
 Estado: Tlaxcala Municipio: Ayametla Localidad:                       
 Ubicado entre:                     

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Area Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
 Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
 Daños Económicos:  Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
 Lesiones sexuales:  ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
 Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
 Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

Tipo de relación o vínculo con la víctima:  
 Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Albino Meza Morales Edad: 40  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: 01/03/80  
 ¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: 02 de Febrero No. Ext: S/N No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: Tlapayatlá Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: Ayametla Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: Empleado Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? IMSS Su casa es:  Propia  Rentada  
 IDIOMA Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_  
 EDUCATIVO Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Compleción  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra  
 Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Gris  Negros  Café claro  Verdes  Café oscuro  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  
 Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumes de manera cotidiana?  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola  
 Porta armas:  Si  No

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha: 10/02/2020 Hora: 10:00 hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: Usaria se presenta al seguimiento para mejorar su situación emocional.

Observación: Proximo seguimiento - 17 - Feb - 2020.  
(No se presenta, se reagenda para 27 - Feb - 2020)

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

Laura Romero Cruz  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

Lic Karina Hdez  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

2930901383

EUU 20203101D22

CJM

DEVF/2020-02



**TLX**

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS  
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021



ESTATAL TLAXCALA

### Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 13 DE Enero 2020.

BENEFICIARIA(O): Maria Teresa Garcia Corona  
 EDAD: 39 años FECHA DE NAC.: 26-Abril-1980  
 LUGAR DE NAC.: Puebla ESCOLARIDAD: Secundaria  
 OCUPACIÓN: Ayuda de Casa DOMICILIO: Rio Ierma #313 Col Manantiales  
Puebla MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: 224 92 79 38

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR (x)
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS: CÓNYUGE (x) CONCUBINO(A) ( ) OTRO ( )**

NOMBRE: Fuencio Rodriguez Cuatrecasas  
 EDAD: 44 años ESCOLARIDAD: secundaria  
 OCUPACIÓN: Mercedero textil DOMICILIO: Av. Zaragoza #35  
San Marcos MUNICIPIO: Contla

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Ana Karen Rodriguez Garcia EDAD: 22a  
 NOMBRE: Fauelia Rodriguez Garcia EDAD: 19a  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**  
 PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )



**TLX**

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS  
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

**dif**

ESTATAL TLAXCALA

**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:**

~~Se~~ por la situación de violencia psicológica se recomienda iniciar seguimiento que le permita manejar su situación emocional se agenda cita el 20 de enero.

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

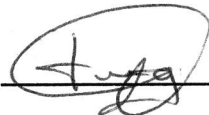
**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**

SI ( ) NO ( )


**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**



**ATENDIÓ:**

Lic. Karina Hdez 

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

**\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI  NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

**SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV 29309000468

FOLIO                     

FECHA 6/01/2020 *CJM*

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Loirena Cortierrez Cavanzi Edad: 29  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 30 May 90  
Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono                       
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Lenguaje Extranjero:                     

**DOMICILIO**  
Calle: Calle Rubi Sur No. Ext: 38 "A" No. Int:                       
Colonia/Barrio: La Joya Código Postal:                       
Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad:                       
Ubicado entre:                     

**ECONÓMICO**  
Actividad que realiza: Ama de casa Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora:                      Cargo:                      Ingreso Mensual:                       
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? Seguro Social Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Idioma Extranjero:                       
**EDUCATIVO**  
Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Bachillerato

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique:                      Especifique:                       
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique:                     

**MEDIA FILIACION**

Estatura: 1.60 Mts. Peso: 50 Kg.  
**Cara**  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda **Tez**  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura **Boca**  Grande  Mediana  Pequeña  Aguilera  Ancha **Nariz**  Recta  Afilada **Color de ojos**  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes **Color de cabello**  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**  
Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**  
El 01 de enero después de un convivio al regresar a la casa me percate de no haber leche y le dije que iria por ella y el se acostó pero yo le dije - claro como no te importa que el niño no tenga leche - y comenzamos a gritar, salió por la leche y cuando sentí el me jalo y comenzó a golpearme.

**Lugar de los Hechos**  
Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál?                     

**DOMICILIO**  
Calle: Calle Hidalgo No. Ext: 5 No. Int:                       
Colonia/Barrio: San Hipólito Chimalpa Código Postal:                       
Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad:                       
Ubicado entre:                     

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hij@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Enrique Sanchez Rodriguez Edad: 30a.  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: 27 Sep 89  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono: \_\_\_\_\_

Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Calle Hidalgo No. Ext: 5 No. Int: \_\_\_\_\_

Colonia/Barrio: San Hipolito Chimalpa Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: Tlaxcala Localidad: \_\_\_\_\_

Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Empleado Servidor Público:  Sí  No

Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Bachillerata

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

Complexión  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Moreno clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Moreno oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado

Ojos  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas

- Negras
- Teñidas
- Entre canas

Forma de las cejas

- Rectas
- Uniceja
- Separadas

Pelo facial

- Barba
- Bigote
- Ninguno

Orejas

- Grande
- Mediana
- Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda

Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda

Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana?  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? PDJE.

**CANALIZACION**

Solicitud directa de la usuaria: Atención Psicológica.

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha:  Hora:  hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: Se agenda cita para el 07-enero-2020 para iniciar proceso terapeutico. no se presenta

Observación: y se reagenda para el 06 de febrero 2do seguimiento & se inicia su proceso identificando que la situacion de violencia en ningún momento es =>

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF

CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio

INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

Centro de justicia para Mujeres.

Loxena Gutierrez Calvanti  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

Lic. Karina Hdez  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

provocada por ella, se habla del periodo violento que vivio con su pareja y se realiza contención emocional.

Proxima cita 13-Febrero - 2020.

13-02-2020

Usuaría llama por telefono para reagendar cita por motivos de salud, quedando esta para el dia 20 de Feb. a las 10:00 am.

20-02-2020

Usuaría que manifiesta estar mal psicológicamente ya que por las noches piensa en su esposo. y en lo vivido con él, se realiza contención emocional y se trabaja en el valor personal.

Se agenda cita para el 27 de Feb. 2020.

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 23/03/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Jhoana Castillo Cervantes Edad: 24  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 10/10/95  
Lugar de Nacimiento: Apizaco

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono   
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**  
Calle: Loma Florida No. Ext: S/N No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: Apizaco Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Licenciatura

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usuaria que refiere que su novio la golpea por no querer tener relaciones con él, ella ya lo dejó pero tiene miedo que él le haga daño.

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano   
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_

**Daños psicológicos:**  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas

Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito

Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario

**Daños Económicos:**

Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización

Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_

**Lesiones sexuales:**

ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  Otro \_\_\_\_\_

**Daños sexuales:**  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos

**Daño patrimonial**  Perdió propiedad  Perdida de documentos  Otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@

Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  Otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Claudio Flores Garcia Edad: 28

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Soltero  Soltero  Concubinato Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_

Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_

Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No

Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

Complejión  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura  Negra Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado

Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quièn? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 23/03/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Sandra Diaz Martinez Edad: 30  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 27/02/90  
 Lugar de Nacimiento: Tehuacan

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 241 143 9229  
 Pertenece a un grupo etnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**  
 Calle: Cristobalito No. Ext: 98 No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: Atlixtepec Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: Yauhquemecan Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
 Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
 Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: secundaria

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura  Boca  Grande  Mediana  Pequeña  Aguiluña  Ancha  Nariz  Recta  Afilada  Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes  Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es victima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es victima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es victima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usaria que refiere vivir y ejercer violencia ya que no permite que su esposo le toque pero ella igual lo ejerce por culpa pero ya no quiere ser así porque ve que su hija ha modificado su estado de ánimo.

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Ernesto Avila León Edad: 30  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato Fecha de Nacimiento: 03/06/89  
 Soltero Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 046 173 2982  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Compleción  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Morena clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Morena oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

**Cejas**  Negras  Teñidas  Entre canas  
**Forma de las cejas**  Rectas  Uniceja  Separadas  
**Pelo facial**  Barba  Bigote  Ninguno  
**Orejas**  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

**Cicatriz**  Si  No **Ubicación**  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
**Otro:** \_\_\_\_\_ **Descripción de la cicatriz:** \_\_\_\_\_  
**Tatuaje**  Si  No **Ubicación**  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
**Otro:** \_\_\_\_\_ **Descripción de la cicatriz:** \_\_\_\_\_

**Aspecto o particularidades de la vestimenta:** \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana? \_\_\_\_\_  
 Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

*Ximena Avila Diaz 10 años.*

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quié? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

**Solicitud directa de la usuaria:** \_\_\_\_\_

**Derivación/ ayuda:**  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
**Seguimiento:** Fecha:       Hora:    hrs  
**Etapas:**  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

**Seguimiento:** *se le agenda esta para el día*

**Observación:** \_\_\_\_\_

**Canalización a otras instituciones:**  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

*[Firma]*  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA**

*[Firma]*  
**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE**

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 27/03/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Josefa Palma Lobaton  
 NOMBRE (S) Josefa APELLIDO PATERNO Palma APELLIDO MATERNO Lobaton Edad: 70

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 31/12/49  
 Viuda  Lugar de Nacimiento: Sta. Ana Chi

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono   
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**  
 Calle: Ignacio Picaso No. Ext: S/N No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: Centro Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: Sta Ana Chiautempan Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
 Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
 Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura  Boca  Grande  Mediana  Pequeña  Aguilieña  Ancha  Nariz  Recta  Afilada  Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes  Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Los hijos quieren sacarme de my casa refiere la usuaria de mala manera menciona que las niñas le han pegado, y que ya no quiere esa situación pero no sabe que hacer.

**Lugar de los Hechos**  
 Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurriencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Area Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano   
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
**Daños psicológicos:**  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
**Daños Económicos:**  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
**Lesiones sexuales:**  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
**Daños sexuales:**  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
**Daño patrimonial**  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Pablo Fernando Omar Castro Palma Edad: 40  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_

Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_

Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No

Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

Complejión  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura  Negra Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado

Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumió de manera cotidiana?  Sí  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
 Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ] hrs  
 Etapa:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: Se refiere a la usuaria a defensora de  
oficio para el apoyo legal ante  
una denuncia, se deja esta abierta  
para seg. psicológico.

Observación: \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA**

Del Karina Hernández  
**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE**

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 20/03/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Victoria Pérez López Edad: 29  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Concubinato Fecha de Nacimiento: 02/02/91  
 Soltera Lugar de Nacimiento: Tlaxco

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 2411459256  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Av. López Mateos No. Ext: 3/N. No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: Col. Centro Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: San Lucas Tecopilco Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
 Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
 Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Preparatoria

**SALUD FÍSICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura:  Mts. Peso:  Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Nariz  Aguileña  Ancha Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Recta  Afilada Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usuaria que refiere: que su esposo la golpea el día de ayer después de un altercado con su familia ya que la acusa de ser la culpable.

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FÍSICA**

Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
**Daños psicológicos:**  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
**Daños Económicos:**  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
**Lesiones sexuales:**  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
**Daños sexuales:**  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
**Daño patrimonial**  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR(A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hiji@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Jose Luis Vazquez Sanchez Edad: 30  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato Fecha de Nacimiento: 10/05/89  
 Soltero  Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
**Compleción**  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Morena clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Morena oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
**Ojos**  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana?  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola  
 Porta armas:  Si  No

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

*Carlos Varquez Pérez Banda*

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quié? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

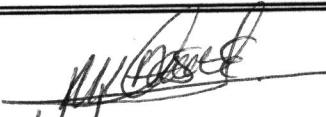
Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
 Seguimiento: Fecha:       Hora:    hrs  
 Etapa:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: Usuaria que refiere que se salió de su casa  
y levantara un acta de hechos y presentara a su  
hijo, se agenda acta para el día  
 Observación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

  
*Lic. Karina Alder*  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 20/03/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Maribel Vallejo Garcia Edad: 26

NOMBRE (S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H

Estado Civil

Casada  
 Soltera

Divorziata  
 Concubinato

Fecha de Nacimiento: 12/12/94

Lugar de Nacimiento: Huamantla

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Teléfono: 2474759704  
Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Fray Bernardino No. Ext: 7 No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: San Lucas Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: Huamantla Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Estudiante Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Preparatoria

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda  
Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura  
Boca  Grande  Mediana  Pequeña  
Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes  
Nariz  Aguilera  Ancha  Recta  Afilada  
Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es victima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es victima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es victima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usaria de refiere que su novio accedio a su casa y a gritarle e insultarla por la que salio su papa y hermano y lo pusieron en su lugar, pero ahora tengo miedo de que pueda hacerme algo.

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la victima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**

Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Area Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano   
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
 Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
 Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
 Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
 Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
 Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR(A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hij@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Manuel Hernández Tecpa Edad: 27  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato  Soltero  Fecha de Nacimiento: 30/04/93  
 Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono 246 49 53622  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Desconoce No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Compleción  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado  
 Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quié(n)? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs


Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_

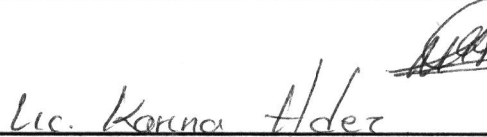
Observación: \_\_\_\_\_

**Canalización a otras instituciones:**

CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Escuela  Albergue  Fundación  Asilo  Hospital Psiquiátrico  Asociación Civil  CAIF  Refugio  INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros



NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA



NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."



TLAXCALA, TLAX., A 18 DE 03 2020.

FOLIO: 00003444  
HORA: 11:25 am

BENEFICIARIA(O): Sra. Marcela Perez Pimentel  
EDAD: 37 años FECHA DE NAC.: 2/11/83  
LUGAR DE NAC.: Tlaxcala ESCOLARIDAD: Lic. Educ. Primaria  
OCUPACIÓN: Maestra DOMICILIO: Calle Canal de los Cisterneros  
TELÉFONO: 242146366 MUNICIPIO: Nopalucan

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (X)
- TRABAJO SOCIAL ( )

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- CUSTODIA ( )
- P. P. POTESTAD ( )
- ADOPCIÓN ( )
- ABANDONO ( )
- INFORMES DE MENORES ALB. ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

VI. DATOS: CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO ( ) Novio

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Yulemy Romero Perez EDAD: 15 años  
NOMBRE: Valentin Romero Perez EDAD: 10 años  
NOMBRE: Lesly Noeli Romero Perez EDAD: 14 años  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )  
PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )

IX. SI SABE LA ESCUELA DE LOS MENORES QUE REPORTAN, PROPORCIONAR EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA

---

X. CITATORIO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

XI. CANALIZACIÓN:

- > DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- > INTERNA: \_\_\_\_\_
- > EXTERNA: \_\_\_\_\_

XII. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

Usuaria que refiere haber salido de una relación violenta hace 4 años y actualmente su pareja (novio) de quien se reservo dar el nombre de aprox. 39 años, lo insulta, la menosprecia, lo que la hace a mención de ella ya no vivir lo mismo, por lo que se le canaliza al area de psicología para su seguimiento y mejorar así su relación personal y social.

XIII. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁ \_\_\_\_\_ NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

XIV. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN

SI ( ) NO ( )

XV. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

---

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

*[Handwritten Signature]*

ATENDIÓ:

Lic. Karina Hdez *[Handwritten Signature]*

HORA DE SALIDA \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se registrarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en registrar y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

**\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI  NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 18/03/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Flora Hernández Martínez Edad: 24  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 16/12/95  
 Lugar de Nacimiento: Puebla

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 2461915784

Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Benito Juárez No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: San Felipe Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: Coutla Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Nariz  Ancha  Aguilena  Recta  Afilada Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica

¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR(A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Jose Valentin Vazquez Mendoza Edad: 26  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato Fecha de Nacimiento: 22/08/92  
 Soltero Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono: \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
**Compleción**  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Morena clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Morena oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
**Ojos**  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

**Cejas**  Negras  Teñidas  Entre canas  
**Forma de las cejas**  Rectas  Uniceja  Separadas  
**Pelo facial**  Barba  Bigote  Ninguno  
**Orejas**  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

**Cicatriz**  Si  No **Ubicación**  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ **Descripción de la cicatriz:** \_\_\_\_\_  
**Tatuaje**  Si  No **Ubicación**  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ **Descripción de la cicatriz:** \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana?  Si  No **¿Qué tipo de arma posee?**  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

*Jimena Alcu Vázquez Hernández 7a.*

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

**Derivación/ ayuda:**  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
**Seguimiento:** Fecha:       Hora:    hrs  
**Etapas:**  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_

**Canalización a otras instituciones:**  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

*[Firma]*  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

*[Firma]*  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV

FOLIO

FECHA 13/03/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Gertrudis Patricia Romero Javier Edad: 61a  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorciada  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 17/03/59  
 Lugar de Nacimiento: Tehuacan Pur.

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 246 111 9539  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

DOMICILIO

Calle: Xicotlencatl No. Ext: 44B No.Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: Unid. Hab. Animas Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

ECONÓMICO

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

IDIOMA

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

EDUCATIVO

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

MEDIA FILIACION

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña  Aguilieña  Ancha Nariz  Recta  Afilada Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es victima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es victima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es victima de Trata de Personas?  SI  NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Lugar de los Hechos

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

DOMICILIO

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No.Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA

Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

**Área Anatómica Lesionada**  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
**Daños psicológicos:**  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
**Daños Económicos:**  Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
**Lesiones sexuales:**  ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
**Daños sexuales:**  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
**Daño patrimonial**  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**  
 Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_  
Sexo  M  H NOMBRE (S) \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
**Compleción**  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Morena clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Morena oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
**Ojos**  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna

¿Consumió de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: Nora Iris Perez Romero, 36 años,  
2 años, 1 año y 1-5 años

Observación: \_\_\_\_\_

**Canalización a otras instituciones:**

CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  Escuela  IMM  Albergue  Fundación  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Hospital Psiquiátrico  Refugio  Otros

Gertrudis Patricia Romero Treviño  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. Este programa es público, libre de cualquier permiso político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 17/03/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Angelica Juarez Tenagua Edad: 32  
NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 16/04/87  
Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono: 246 115 8632  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Melchor Ocauipo No. Ext: 17 No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: San Cosme Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: S.P. Monte Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Empleada Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**SALUD FÍSICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**  
Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usaria que menciona que desde hace 2 años su esposo refiere violencia psicológica y algo que no defiere de su autoestima y se siente triste y no duerme.

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano   
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Jorge Huerta Aguilar Edad: 35a.  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Soltero  Divorciado  Concubinato Fecha de Nacimiento: 15/09/84  
Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_

Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Preparatoria

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Compleción  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media   Moreno clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa   Moreno oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  
 Teñidas  
 Entre canas

Forma de las cejas  Rectas  
 Uniceja  
 Separadas

Pelo facial  Barba  
 Bigote  
 Ninguno

Orejas  Grande  
 Mediana  
 Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogas  Se ignora  Ninguna  
¿Consumo de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Luis Angel Huerta Juarez 15a.  
Fabiola Huerta Juarez 12a.  
Lorena Huerta Juarez 8a.

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_

**Canalización a otras instituciones:**

CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  Escuela  IMM  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firma de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. Este programa es público, acceso a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 11/03/2010

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Maricela Vázquez Parmona Edad: 31  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 06/05/88  
Lugar de Nacimiento: Puebla

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono: 2461329435  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Alvaro Obregon No. Ext: S/N No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: Barr. San Sebastian Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: S. P. Monte Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Ama de casa Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Secundaria

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguiluña  Ancha  Recta  Afilada

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usario que refiere que el día de ayer salio a una reunion familiar con su esposo, pero ella no se acuerda, y su esposo comenzo a molestarla, y ella termino retirandose pero al llegar a su casa, el Sr. la golpeo en la cara, ella menciona que quiere salir de esa casa pero no quiere denunciar  
Lugar de los Hechos \_\_\_\_\_  
Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

Tipo de relación o vínculo con la víctima:  
 Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Manuel Díaz Reyes Edad: 31a.  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato Fecha de Nacimiento: 14/08/88  
 Soltero Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Empleada Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Secundaria.

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Compleción  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda

Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda

Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogas  Se ignora  Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Fernanda Diaz Vazquez 10  
 Clara Diaz Vazquez 8a.

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Observación:**

La usuaria no quiere denunciar por lo que se le sugiere hacer un acta de hechos en su municipio para respaldarse, y se le sugiere proceso respectivo.

**Canalización a otras instituciones:**

CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  Escuela  IMM  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

~~MARICELA VAZQUEZ CARMONA~~  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

Let. Karina Hdez  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmando de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente. Este programa es público, libre de cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 20 03 2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Lorena Kobles Velasco Edad: 25  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 09/10/94  
Lugar de Nacimiento: Apizaco

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono: 291 119 23 78  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Detono Villa No. Ext: 16 No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: Fracc. Cuatlapanga Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: Apizaco Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Cajera Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: C. Comercial Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Preparatoria

**SALUD FÍSICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña  Aguiluña  Ancha Nariz  Recta  Afilada Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica

¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano   
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
 Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
 Daños Económicos:  Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
 Lesiones sexuales:  ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
 Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
 Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hij@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo  M  H NOMBRE (S) \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_  
 Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Compleción  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Morena clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Morena oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
 Ojos  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  
 Teñidas  
 Entre canas

Forma de las cejas  Rectas  
 Uniceja  
 Separadas

Pelo facial  Barba  
 Bigote  
 Ninguno

Orejas  Grande  
 Mediana  
 Pequeña

### SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

### FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

### GUÍA DE RIESGO

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

### AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

### CANALIZACIÓN

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha:  Hora:  hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:

CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  Otros

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. Este programa es público, libre a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA  03/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Noemi Moreno Zempalteca Edad: 32  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Concubinato Fecha de Nacimiento: 14/01/88  
 Soltera  Soltera Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono: 2461249688  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Av. Politecnica No. Ext: 3/N No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: Zacatelco Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Empleada Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
 Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
 Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**SALUD FÍSICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda  
 Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura  
 Boca  Grande  Mediana  Pequeña  
 Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes  
 Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro  
 Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usaron que refiere que su esposo ejerce violencia psicológica hacia ella, no la deja ver a sus hijos, la humilla, la amenaza, pero no lo quiere dejar. y quiere seguir pero que ella no le diga nada.

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Area Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano    
  Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Gonzalo Mendez Padruvez Edad: 35  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato Fecha de Nacimiento: 04/04/1974  
 Soltero  Lugar de Nacimiento: Tlaxcala.

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono 246112394  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Compleción  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media   Moreno clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa   Moreno oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana?  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

*Cecilia Mender Moreno Gary*

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha:      Hora:    hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: *Se le brinda la asesoría y queda esta abierta para cuando así lo necesite*

Observación: \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

*[Firma]*  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

*[Firma]*  
 Lic. Karina Hernández  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV 299760029-1 FOLIO 2997600029-1 FECHA 06/03/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Veronica Zamora Polvo Edad: 34  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO  
 Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 13/04/86  
 ¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Lugar de Nacimiento: Tlaxcala  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO**  
 Calle: Priv. San Jose No. Ext: 10 No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: Teotitla Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: Santa Isabel Xiloxtla Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**  
 Actividad que realiza: Empleada Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? Seg. Popular Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
 Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
 Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Preparatoria

**SALUD FISICA**  
 ¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**  
 Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada

**MOTIVO**  
**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**  
 Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es victima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es victima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es victima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**  
Usaria que menciona que vive violencia por parte de su pareja y el día de ayer 04/03/2020 despues de una fiesta el la golpeo, esto bajo el alcohol, refiere tambien que intento tener relaciones sexuales con ella a lo cual se nego y la insulto y cachetco.  
**Lugar de los Hechos**  
 Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO**  
 Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**  
**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Modesto Teoyotl Serrano Edad: 40 a  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: 15/06/79  
Lugar de Nacimiento: MEXICO

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: Chofer de Camión Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Secundaria

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Compleción  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Morena clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Morena oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana?  Sí  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistoia

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas? *Brenda Irais Teoyotl Zamora 17.*
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor? *Marco Antonio 16*
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente? *Michael Cahsi 9.*
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
 Seguimiento: Fecha:       Hora:    hrs  
 Etapa:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_

Observación: *Cancelación al Centro de Justicia*  
*eta 9:30*

**Canalización a otras instituciones:**

CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Hospital Psiquiátrico  Refugio  Otros

*Verónica*  
 Verónica Zavera Palvo  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. Este programa es público, libre de cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV 2997000030-1 FOLIO                      FECHA 05/03/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Barbara Flores Gonzalez Edad: 22  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 12/06/98  
Lugar de Nacimiento: Puebla

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 2225439762  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Lenguaje Extranjero:                     

DOMICILIO  
Calle: Calle #24 No. Ext: S/N No.Int:                       
Colonia/Barrio: la loma Xicotencatl Código Postal:                       
Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad:                       
Ubicado entre:                     

ECONÓMICO  
Actividad que realiza: Estudiante Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora:                      Cargo:                      Ingreso Mensual:                       
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? IMSS Su casa es:  Propia  Rentada  
IDIOMA  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Idioma Extranjero:                       
EDUCATIVO  
Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Preparatoria

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  Especifique:                       
¿Padece alguna enfermedad? Si  No  Especifique:                       
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No  Especifique:                     

MEDIA FILIACION

Estatura:                      Mts. Peso:                      Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA  
Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

NARRACION DE LOS HECHOS  
la usuaria menciona que su novio, inten to pasarse con ella y ya estaba tomando y eso ayudo para que pudiera safarse y salir de la casa de el, afortunadamen te no logro su objetivo. (04-03-2020)

Lugar de los Hechos  
Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál?                     

DOMICILIO

Calle:                      No. Ext:                      No.Int:                       
Colonia/Barrio: la joya Código Postal:                       
Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad:                       
Ubicado entre:                     

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano   Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
**Daños psicológicos:**  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
**Daños Económicos:**  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
**Lesiones sexuales:**  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  Otro \_\_\_\_\_  
**Daños sexuales:**  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
**Daño patrimonial**  Perdió propiedad  Perdida de documentos  Otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hij@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  Otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Daniel Palacios García Edad: 23a  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: 01/01/87  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono: \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: La Joya Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: Caxocela Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Estudiante Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
**Complexión**  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Moreno clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Moreno oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
**Ojos**  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Grosos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

**Cejas**  Negras  Teñidas  Entre canas  
**Forma de las cejas**  Rectas  Uniceja  Separadas  
**Pelo facial**  Barba  Bigote  Ninguno  
**Orejas**  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

**Cicatriz**  Si  No **Ubicación**  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
**Otro:** \_\_\_\_\_  
**Descripción de la cicatriz:** \_\_\_\_\_  
**Tatuaje**  Si  No **Ubicación**  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
**Otro:** \_\_\_\_\_  
**Descripción de la cicatriz:** \_\_\_\_\_

**Aspecto o particularidades de la vestimenta:** \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana? \_\_\_\_\_  
 Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**


**Solicitud directa de la usuaria:** \_\_\_\_\_

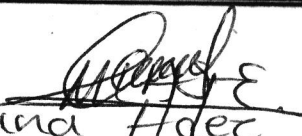
**Derivación/ ayuda:**  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
**Seguimiento:** Fecha:       Hora:    hrs  
**Etapas:**  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

**Seguimiento:** se agenda cita para el día 17 de marzo a las 12:00 hrs.

**Observación:** \_\_\_\_\_

**Canalización a otras instituciones:**  CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  Escuela  IMM  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

  
 Barbara Flores Gonzalez  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

  
 Lic. Karina Hdez  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. Este programa es público, tanto a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV

FOLIO

FECHA 09/03/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Veronica Lopez Leoyati  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO Edad: 37

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 13/03/82  
Lugar de Nacimiento: Chautempán

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 246 130 4720  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

DOMICILIO

Calle: Calle 5 de Mayo No. Ext: 14 No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrío: Barrio de Tecpa Morales Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: La Magdalena Tlaxcalteca Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

ECONÓMICO

Actividad que realiza: Empleado Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: Buffet Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

IDIOMA Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
EDUCATIVO Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: 2do de Secundaria

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_

MEDIA FILIACION

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Boca  Grande  Mediana  Pequeña  Aguilera  Ancha  Nariz  Recta  Afilada Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

NARRACION DE LOS HECHOS Usaria que refiere que desde hace 21 años se vive con su pareja el Sr. Juan José Matlalcoatz, Mendieta, ha recibido violencia y el día de ayer 03 de marzo de 2020 el Sr. Lagasco le puso cerrado en la mandíbula.

Lugar de los Hechos  
Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

DOMICILIO

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrío: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Area Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Edad: 38  
NOMBRE (S) Juan Jose APELLIDO PATERNO Mattalcoatzu APELLIDO MATERNO Mendieta

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: 21/05/81  
Lugar de Nacimiento: Chicuatempán

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Albañil Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Secundaria

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Compleción  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Morena clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Morena oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Color  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana?  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
  2. ¿Ha pensado en suicidarse?
  3. ¿Ha intentado suicidarse?
  4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
  5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
  6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
  7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
  8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
  9. ¿Vive con el agresor?
  10. ¿Vive con la familia del agresor?
  11. ¿Vive cerca del agresor?
  12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
  13. ¿No tiene un lugar donde vivir?
- Axel Matlalcoatzil López. 20 años.  
 Armando Olaf Matlalcoatzil. 18 años.  
 Leonel Matlalcoatzil López. 11 años.*

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACION**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha:     Hora:   hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: *Se realiza canalización para solicitar orden de protección al C. Justicia para Mujeres.*

Observación: \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

*Veronica Lopez teoyatl*  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE**

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 63/03/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Enriqueza Tempaltecatti Teomitzl Edad: 45a  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Concubinato Fecha de Nacimiento: 25/05/74  
 Soltera  Lugar de Nacimiento: Papalotla

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 246 101 64 25  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Cacerero Nte No. Ext: 23 No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: Centro Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: Papalotla Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Ama de casa Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Primaria

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguiluña  Ancha  Recta  Afilada

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usuaria que refiere que desde hace unos de 10 años su esposo ha ejercido violencia, golpes, insultos se agoran lo por sus hijos, pero ahora que ya están grandes cree que no es justo todo lo que fue en el pasado

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:

Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
 Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario

Daños Económicos:

Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_

Lesiones sexuales:

ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
 Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
 Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR(A)**

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Roberto Coomez Carmona Edad: 54

Sexo  M  H Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato Fecha de Nacimiento: 11/07/65  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_

Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: campesino Servidor Público:  Sí  No

Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Primaria

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

Complexión  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado

Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna

¿Consumió de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha:     Hora:   hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_

Observación:

*Se agenda cita para el día 12 de marzo a las 10:00 hrs.*

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

*Lic. Karina Hdez.*  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente. Este programa es público, libre de cualquier permiso político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.



Area Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
**Daños psicológicos:**  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
**Daños Económicos:**  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
**Lesiones sexuales:**  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
**Daños sexuales:**  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
**Daño patrimonial**  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Daniel Dominquez García Edad: 40 a.  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato  Soltero Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono: \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**Ubicado entre:** \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: obrero Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
**Complexión**  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Morena clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Moreno oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
**Ojos**  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha:      Hora:    hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

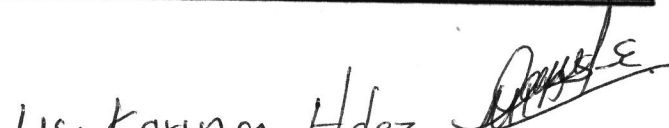
Seguimiento: \_\_\_\_\_

**Observación:**

*Se asesora psicológica y legalmente, la usuaria refiere que hablara con su ciudad para hacer la denuncia correspondiente en (C-). Queda pendiente y abierta la cita para su seguimiento.*

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

  
 LIC. Karina Hdez.  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firma de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente. Este programa es público, libre y universal. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

C.J.M.

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV 2930901475

FOLIO                     

FECHA 28 02 2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Mariana Garcia Serrano Edad: 33  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Concubinato Fecha de Nacimiento: 27 03 86  
 Soltera  Conyuge Lugar de Nacimiento: Tehuacan

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 246 237 030  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Edificio N2 No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: 204  
Colonia/Barrio: Col. El Sabinal Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Costura Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: El Galeón Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Primaria

**SALUD FÍSICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Nariz  Aguileña  Ancha Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

**MOTIVO**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usaria que refiere que su esposo el dia de ayer 27 de febrero de 2020 bajo el alcohol llego a la casa y la golpeo en su cara y en cuerpo. dejandole un moreton en el pómulo izquierdo.

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Edificio N2 No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: 204  
Colonia/Barrio: Col. El Sabinal Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FÍSICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Area Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_

Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas

Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito

Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario

Daños Económicos:

Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización

Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_

Lesiones sexuales:

ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_

Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos

Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Miguel Angel Tapia Cortez Edad: 33

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato  Soltero Fecha de Nacimiento: 20/06/86

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono: \_\_\_\_\_

Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_

Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: Administrativo Servidor Público:  Sí  No

Lugar donde labora: Normal Preescolar Pan Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Licenciatura

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

Complexión  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Moreno clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Moreno oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado

Ojos  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumió de manera cotidiana?  Si  No

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Natalia Magdalena  
 Tapia García. 29/11/18

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
 Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ] hrs  
 Etapa:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_  
 Seguimiento: \_\_\_\_\_

Observación:

Usuaria que solicita apoyo para realizar ordenes de protección motivo por el cual se canaliza al Centro de Justicia.

Canalización a otras instituciones:

- CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF
- INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Fundacion  Hospital Psiquiátrico  Refugio  Otros

Mariana García Serrano  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

Lic. Karina Hernández Mtec.  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

C.J.M.

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV 7930901433

FOLIO                     

FECHA 26/07/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Claudia NOMBRE (S) Marguez APELLIDO PATERNO Aguila APELLIDO MATERNO Edad: 31

Sexo  H  M Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 28/08/88  
Lugar de Nacimiento: Tlaxcala.

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 2464762656  
Pertenece a un grupo etnico:  Si  No Habla español:  Si  No Idioma Indígena:                      Lenguaje Extranjero:                     

**DOMICILIO**

Calle: Jimenez No. Ext: 1 No. Int:                       
Colonia/Barrio: Bano El Alto Código Postal:                       
Estado: Tlaxcala Municipio: Texoloc. Localidad:                       
Ubicado entre:                     

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Trabaja Servidor Público:  Si  No  
Lugar donde labora: Amatech Cargo:                      Ingreso Mensual:                       
Servicio Médico:  Si  No ¿Cual?                      Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
Habla español:  Si  No Idioma Indígena:                      Idioma Extranjero:                       
**EDUCATIVO**  
Sabe Escribir:  Si  No Sabe Leer:  Si  No Escolaridad:                     

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique:                      Especifique:                       
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique:                     

**MEDIA FILIACION**

Estatura:                      Mts. Peso:                      Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café obscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es victima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es victima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es victima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la victima:  Si  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál?                     

**DOMICILIO**

Calle:                      No. Ext:                      No. Int:                       
Colonia/Barrio:                      Código Postal:                       
Estado: Tlaxcala Municipio:                      Localidad:                       
Ubicado entre:                     

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR(A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hija@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Gerardo Hernández Hernández Edad: 33  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: 06/11/86  
Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Hidalgo No. Ext: 65 No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: Barrio La Ceiba Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: Texoloc Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Trabaja Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: Forjadores Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Compleción  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana?  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quié? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
 Seguimiento: Fecha:     Hora:   hrs  
 Etapa:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_  
 Seguimiento: \_\_\_\_\_

Observación: Eduardo Hernández Marquez 7 años (Chico).

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

Claudia Márquez Aquila  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

Lic. Karina Hernández  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV 2997600027-1

FOLIO                     

FECHA 26/02/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Teresa de Jesús Romero Flores Edad: 32a  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorciada  Concubinato Fecha de Nacimiento: 02/10/87  
 Soltera

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 246113130  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

DOMICILIO

Calle: Coautla No. Ext: 25<sup>B</sup> No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: Tlaltepan Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: Apetatitlan Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

ECONÓMICO

Actividad que realiza: Empleada Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: Laboratorio Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? Seg. Pop Su casa es:  Propia  Rentada

IDIOMA Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
 EDUCATIVO Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Licenciatura

SALUD FÍSICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

MEDIA FILIACION

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura  Boca  Grande  Mediana  Pequeña  Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada  Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes  Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Usaria que refiere que ha sido víctima de violencia psicológica por parte de su pareja pero que a su vez ella igual ejerce violencia hacia el y requiere apoyo para poder manejar esa situación en ella.

Lugar de los Hechos

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

DOMICILIO

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FÍSICA  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Area Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano   
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
 Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
 Daños Económicos:  Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
 Lesiones sexuales:  ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
 Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
 Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DAIOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR(A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hiji@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_

NOMBRE (S) \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

Edad: 32 años

Sexo  M  H

Estado Civil

Casado  Divorciado  
 Soltero  Concubinato

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?

Hijos

Esposo

Conyuge

Padres

Teléfono \_\_\_\_\_

Pertenece a un grupo étnico:

Sí  No

Habla español:

Sí  No

Idioma Indígena: \_\_\_\_\_

Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_

Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ 'Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_

Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Carga: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

IDIOMA Su casa es:  Propia  Rentada

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

EDUCATIVO Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

MEDIA FILIACIÓN Estantura: \_\_\_\_\_ Mts. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg. \_\_\_\_\_

Compleción  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio

Media  Moreno clara  Cuadrada  Corto/ondulado

Obesa  Moreno oscura  Ovalada  Largo/lacio

Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado

Ojos  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos

Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos

Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Magdiel Guzmán Romero 3 años.  
 Mariel Guzmán Romero. 7 años.

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs

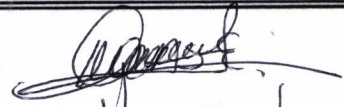
Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

  
 Teresa de Jesús Romero Flores  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

  
 Lic. Karina Hernández  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV 2997600626-1

FOLIO                     

FECHA 24/02/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Leticia Josefina Gallardo Gutierrez Edad: 47  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 13/11/72  
Lugar de Nacimiento: D.F.

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 2461389655  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Mano Camargo #9 No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: San Felipe Huileapan Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: Parotla Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Limpieza Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: ISSTE Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Primaria

**SALUD FÍSICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg:  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cana  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguiluña  Ancha  Recta  Afilada

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstétrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usaria que refiere que el día Martes 04 de Febrero su esposo la golpeo en su pelvis con una patada, menciona que apenas han empezado los golpes hace 3 años me lastimo mi cadera (refiere la usaria) y ha habido insultos y humillaciones.

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FÍSICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano   
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hiji@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Filiberto Torres Pérez Edad: 57  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato  Soltero Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_

Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_

Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Albañil - Campo Servidor Público:  Sí  No

Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Primaria

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

Complexión  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado

Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

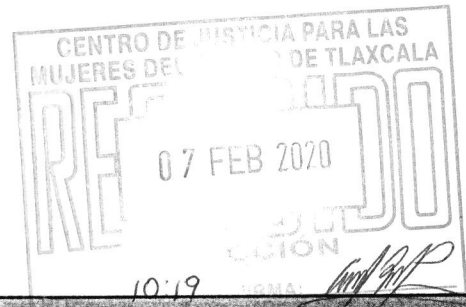
Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana? \_\_\_\_\_  
 Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?



**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
 Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs  
 Etapa:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_  
 Seguimiento: \_\_\_\_\_

Observación: Tiene 4 hijos, Kevin 18, Stefani\* 14, Day Yuridia 12 y Esmeralda 9 una de ellas está en el CAS

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

Janaí Gallardo  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

[Signature]  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV 2997600024-1 FOLIO                     

FECHA 20/02/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Karina Varela Gomez Edad: 32  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorciada  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 11/03/87  
Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 246112394  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Lenguaje Extranjero:                     

DOMICILIO

Calle: Prof. Hidalgo No. Ext: 306 No. Int:                       
Colonia/Barrio: San José Código Postal:                       
Estado: Tlaxcala Municipio: Huamantla Localidad:                       
Ubicado entre:                     

ECONÓMICO

Actividad que realiza: Secretaría (Administrativo) Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: Clinica Recovery Cargo:                      Ingreso Mensual:                       
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? IMOS Su casa es:  Propia  Rentada

IDIOMA

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Idioma Extranjero:                     

EDUCATIVO

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Licenciatura

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique:                      Especifique:                     

¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique:                     

MEDIA FILIACION

Estatura:                      Mts. Peso:                      Kg:  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Usario que refiere que su pareja lo golpea desde hace 7 años porque el sr cree que ella anda con un compañero de trabajo y el día de ayer decidió salir de su casa porque ya no aguanta la situación.

Lugar de los Hechos

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál?                     

DOMICILIO

Calle: Fray Bernardino No. Ext: S/N No. Int:                       
Colonia/Barrio: San Sebastian Código Postal:                       
Estado: Tlaxcala Municipio: Huamantla Localidad:                       
Ubicado entre:                     

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR(A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Pedro Dominquez Guzmán Edad: 35  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: 14/04/84  
Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Fray Bernardino No. Ext: S/N No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: Barrio San Sebastian Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: Huamantla Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: Empleado Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: Oxxo Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Licenciatura

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Complejión  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes  
Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana?  
 Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Rodrigo Dominguez Varela - 4a.  
 Clara Dominguez Varela - 1a.

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? Juez Municipal

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: Asesoría Psicológica

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha:       Hora:   hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: Usuaria que requiere atención psicológica para ~~por motivos~~ sus hijos y ella por motivos de violencia los niños recibirán atención en su municipio y ella aquí. se agenda cita para

Observación: el día 19 de febrero 2020.

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

Karina Varela Gomez  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

Lic. Karina Fernández Martínez  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV 299670133

FOLIO                     

FECHA 19/02/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Alejandra Teómitzi Muñoz Edad: 30  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 23/11/89  
 Lugar de Nacimiento: Tlaxcala.

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 2461769056  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**  
 Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**  
 Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
 Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
 Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café obscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**  
 Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Lugar de los Hechos**  
 Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**  
 Calle: Isidro Doran No. Ext: 2 No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: Guadalupe Ixcotelca Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: Chauquempan. Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Area Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano   
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_  
 Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
 Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
 Daños Económicos:  Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
 Lesiones sexuales:  ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  Otro \_\_\_\_\_  
 Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
 Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  Otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hijo@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  Otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Miguel Angel Sastre Flores Edad: 28  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato  
 Soltero Fecha de Nacimiento: 4/3/92  
 Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Compleción  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado  
 Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes  
 Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Grosos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  
 Teñidas  
 Entre canas

Forma de las cejas  Rectas  
 Uniceja  
 Separadas

Pelo facial  Barba  
 Bigote  
 Ninguno

Orejas  Grande  
 Mediana  
 Pequeña

### SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda

Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda

Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

### FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogas  Se ignora  Ninguna

¿Consumió de manera cotidiana?  Sí  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

### GUÍA DE RIESGO

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Hijos:  
12 Duan Marie Ramirez T.  
8 Anne Marie Ramirez T.  
6 Angel Alexis Sastre T.

### AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

### CANALIZACIÓN

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs  
Etapa:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

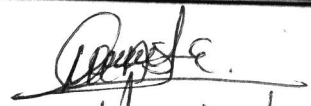
Seguimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

Centro de Justicia para Mujeres

  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. Este programa es público, libre a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV

FOLIO

FECHA 19/02/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Piedad Martinez Barreto Edad: 84  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorciada  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 31/03/36  
Lugar de Nacimiento: Morelos

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono   
Pertenece a un grupo etnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Calle Libertad No. Ext: 4 No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: Rebio Jesus Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: Natuitas Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACION**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Nariz  Aguiluña  Ancha  Recta  Afilada Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**  
Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es victima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es victima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es victima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la victima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

**Área Anatómica Lesionada**  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
**Daños psicológicos:**  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
**Daños Económicos:**  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
**Lesiones sexuales:**  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
**Daños sexuales:**  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
**Daño patrimonial**  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DAIOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**  
 Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_  
 NOMBRE (S) Vrafor APELLIDO PATERNO Vazquez APELLIDO MATERNO Balón Edad: 84

Sexo  M  H Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Carga: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
 Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: \_\_\_\_\_

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
**Compleción**  
 Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Morena clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Morena oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
**Ojos**  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACION**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha:       Hora:    hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Observación: Ricardo Vazquez Martinez 246 12 31 196 . cel.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

*Piedad Martínez*

NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

*Lic. Karina Hernández Mter.*

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV 299716000133-1 FOLIO                     

FECHA 17/02/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Karla Guadalupe Hernández Trinidad Edad: 26  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO  
 Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorciada  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 23/08/93  
 Lugar de Nacimiento: Tlaxcala  
 ¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 246 119 3540  
 Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Lenguaje Extranjero:                       
**DOMICILIO**  
 Calle: Calle Morelos No. Ext: 2 No. Int:                       
 Colonia/Barrio: Acostlapilco Código Postal:                       
 Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad:                       
 Ubicado entre:                     

ECONÓMICO

Actividad que realiza: Empleada Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora:                      Cargo:                      Ingreso Mensual:                       
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cuál? Seguro Popular Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
 Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Idioma Extranjero:                       
**EDUCATIVO**  
 Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Secundaria

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique:                      Especifique:                       
 ¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique:                     

MEDIA FILIACION

Estatura:                      Mts. Peso:                      Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguileña  Ancha  Recta  Afilada

MOTIVO

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**  
 Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Usuari que refiere que el 14 de febrero el papá de su hijo acudio a su domicilio en estado de ebriedad y la insulto delante de su familia y su hijo (Carlos Flores Hernández de 5 años) lo que ella menciona le afectó mucho porque su hijo ahora legrita y no quiere que el sea violento.

Lugar de los Hechos                       
 Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál?                     

DOMICILIO

Calle: Morelos No. Ext: 2 No. Int:                       
 Colonia/Barrio: Acostlapilco Código Postal:                       
 Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad:                       
 Ubicado entre:                     

DANOS Y LESIONES

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hiji@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Jose Carlos Flores Garcia Edad: 30  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato  Soltero Fecha de Nacimiento: 06/06/89  
Lugar de Nacimiento: Mexico

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 55 2394351  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: Mexico Municipio: CDMX Localidad: \_\_\_\_\_

Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONOMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: licenciatura

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Complejión  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumo de manera cotidiana?  
 Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Carlos Flores Aldez 7 8  
 Mariana - - 7 6  
 Gustavo - - 7 2

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quié? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
 Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs  
 Etapa:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: se agenda cita para apoyo psicológico.  
17-02-2020 a las 10-00 am.

Observación: \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

[Firma]  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

[Firma]  
 Lic. Karina Hernández  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

**BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

EUV 2997400022-1 FOLIO                      FECHA 12 02 2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo LAURA PEREZ ESPINOZA Edad: 37  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 26 03 82  
Lugar de Nacimiento: TEXMEHUCAN

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 2461346214  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Lenguaje Extranjero:                     

**DOMICILIO**

Calle: C. GUANAJUATO 21A EL ALTO. No. Ext: 21A No. Int:                       
Colonia/Barrio: EL ALTO. Código Postal:                       
Estado: Tlaxcala Municipio: CHIATEMPAN. Localidad: EL ALTO.  
Ubicado entre:                     

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: AMA DE CASA Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora:                      Cargo:                      Ingreso Mensual:                       
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual?                      Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Idioma Extranjero:                       
**EDUCATIVO**  
Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: PRIMARIA.

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
Especifique:                      Especifique:                       
¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
Especifique:                     

**MEDIA FILIACION**

Estatura: 1.60 Mts. Peso: 80 Kg.  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura Boca  Grande  Mediana  Pequeña Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro Nariz  Aguileña  Recta  Ancha  Afilada

**MOTIVO**

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**  
Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO  
¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

AYER EN ESPESO LA SEÑORA PEREIRA QUE EL DIA DE LA CORRIDO DEL DOMICILIO CONYUGAL.

**Lugar de los Hechos**

Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? DOMICILIO CONYUGAL.

**DOMICILIO**

Calle: C. DOMINGO ARENAS No. Ext: 8 No. Int:                       
Colonia/Barrio: EL SABINAL. Código Postal: 90100.  
Estado: Tlaxcala Municipio: TLAXCALA Localidad: EL SABINAL.  
Ubicado entre:                     

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  Otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  Otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  Otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo JEANRODOLFO MALCOALILIANZI MARTINEZ Edad: 40 A.  
Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato  
NOMBRE (S) MALCOALILIANZI APELLIDO PATERNO MARTINEZ APELLIDO MATERNO

Fecha de Nacimiento: 29 02 80  
Lugar de Nacimiento: CHIATTEMAN

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: C. DOMINGO ARENAS No. Ext: 8 No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: EL SABINAL Código Postal: 90100  
Estado: TLAXCALA Municipio: TLAXCALA Localidad: EL SABINAL

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: HERRERO Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: DOMICILIO Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \$15,000  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? SEGURO SOCIAL Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? SEGURO SOCIAL Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: PREPARATORIA

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: 1.80 Mts. Peso: 78 Kg.  
Complejión  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra  
Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Ojos Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  
 Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  
 Peto facial  Barba  Bigote  Ninguno  
 Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consume de manera cotidiana?  Si  No  
 Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Alexandra Matlalcoatl Pérez 20a.  
 Paola Cristina Matlalcoatl Pérez 11a.

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: SOLICITA LEVANTAR UNA ACTA DE HECHOS.

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: Usuaria que refiere salir de su casa por decisión propia quedándose sus hijos por decisión propia.

Observación: Se proporcionara atención psicológica para su seguimiento.

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros  
AGENCIA AUXILIAR DEL MINISTERIO PÚBLICO.

Laura Perez Espinoza  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

MARCELA VILLAGOR PÉREZ  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV 2997600021 - FOLIO                     

FECHA 10/02/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Monica Torres Gonzalez Edad: 40a.  
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO  
 Sexo  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Concubinato Fecha de Nacimiento: 18/03/79  
 Soltera  Conyuge Lugar de Nacimiento: Toluca Edo. Mex.  
 ¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono 2471189499  
 Pertenece a un grupo etnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO**  
 Calle: Calle Rubi No. Ext: 927 No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: Real del Valle Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: Apizaco Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

ECONÓMICO

Actividad que realiza: Ama de casa Servidor Público:  Sí  No  
 Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? seg. Popular Su casa es:  Propia  Rentada  
**IDIOMA**  
 Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
**EDUCATIVO**  
 Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: secundaria

SAÚDE FÍSICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No   
 Especifique: \_\_\_\_\_

MEDIA FILIACION

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda  
 Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura  
 Boca  Grande  Mediana  Pequeña  
 Nariz  Aguileña  Ancha  
 Color de ojos  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes  
 Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

MOTIVO

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**  
 Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional  
 Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica  
 ¿Es victima de Delincuencia Organizada?  SI  NO  
 ¿Es victima de Violencia de Género?  SI  NO  
 ¿Es victima de Trata de Personas?  SI  NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Usaria que refiere que el sabado salio de su domicilio por conflictos familiares con su esposo ya que durante 10 años aprox. a vivido violencias fisica y psicologica y ya no quiere esto para ella ni sus hijos.

Lugar de los Hechos  
 Misma dirección de la víctima:  Sí  No Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál? \_\_\_\_\_

DOMICILIO

Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext: \_\_\_\_\_ No. Int: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Barrio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Estado: Tlaxcala Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Ubicado entre: \_\_\_\_\_

DANOS Y LESIONES

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  
 Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  
 Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  Otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  Otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hij@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  Otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Jose Alberto Hernández León Edad: 42  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Concubinato Fecha de Nacimiento: 15/11/77  
 Soltero Lugar de Nacimiento: Huamantla

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_

Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Calle de Aquino No. Ext: 38 No. Int: \_\_\_\_\_  
Colonia/Barrio: Br. San Lucas Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: Huamantla Localidad: \_\_\_\_\_

Ubicado entre: \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: \_\_\_\_\_ Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Secundaria

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Complejión  Delgada  Media  Obesa  Robusta Tez  Blanca  Moreno clara  Moreno oscura  Negra Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Cabello  Corto/lacio  Corto/ondulado  Largo/lacio  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Medianos  Pequeños Color  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Negros  Verdes Nariz  Aguileña  Ancha  Recta Boca  Grande  Mediana  Pequeña Labios  Gruesos  Medianos  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogas  Se ignora  Ninguna

¿Consume de manera cotidiana?

Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
  2. ¿Ha pensado en suicidarse?
  3. ¿Ha intentado suicidarse?
  4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
  5. ¿Esta constantemente bajo vigilancia del agresor?
  6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
  7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
  8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
  9. ¿Vive con el agresor?
  10. ¿Vive con la familia del agresor?
  11. ¿Vive cerca del agresor?
  12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
  13. ¿No tiene un lugar donde vivir?
- Leonardo Hdez Torres. 22  
 Ana Karen ✓ ✓ 17  
 Maria Dolores. 13

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica

Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ][ ] hrs

Etapas:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

  
 Lic Karina Hernández  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firma de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. Este programa es público, libre de cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 6 DE FEBRERO 2020.

BENEFICIARIA(O): JUANA ELIZABETH ROJAS SOLIS.  
 EDAD: 55 AÑOS FECHA DE NAC.: 27/10/1965  
 LUGAR DE NAC.: TEZOZUCAN ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
 OCUPACIÓN: EMPLEADA DOMICILIO: EMILIO SAUCHAT PIEDRAS  
N. 31, SANTA INES TEPEXOMA MUNICIPIO: IXTACUXTLA  
 TELÉFONO: 467-29-23

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA (x)
- PSICOLOGÍA (+)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR (+)
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS:** CÓNYUGE (x) CONCUBINO(A) ( ) OTRO ( )

NOMBRE: JOSE HUMBERTO HERRERA VALENCIA.  
 EDAD: 58 AÑOS ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
 OCUPACIÓN: MUSICO DOMICILIO: EL MISMO  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: HECTOR HERRERA ROJAS. EDAD: 34 AÑOS  
 NOMBRE: HUGO HERRERA ROJAS EDAD: 31 AÑOS  
 NOMBRE: MIGUEL HERRERA ROJAS EDAD: 23 AÑOS  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**

PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )



**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:**

LA SRA REFIERE QUE EL DIA DE AYER SU  
ESPOSO LA AGREDIO FISICAMENTE.


**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )

**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

muy buena atención

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**



**ATENDIÓ:**

Lic. MARCELA

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

**\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI  NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV 2993600019-1 FOLIO                     

FECHA 04/02/2020

**DATOS GENERALES**

Nombre Completo Yesenia Dineda Lara Edad: 30

NOMBRE (S) Yesenia APELLIDO PATERNO Dineda APELLIDO MATERNO Lara

Sexo  M  H Estado Civil  Casada  Divorziata  Soltera  Concubinato Fecha de Nacimiento: 11/10/89

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Conyuge  Padres Lugar de Nacimiento: Atecatzingo

Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Teléfono 2461563819 Lenguaje Extranjero:                     

DOMICILIO  
Calle: Ata Manzana jardines de San Francisco No. Ext: C/17 No. Int:                     

Colonia/Barrio: Barrio de Guadalupe Código Postal:                     

Estado: Tlaxcala Municipio: Tetla Localidad:                     

Ubicado entre:                     

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Fabrica Servidor Público:  Sí  No

Lugar donde labora: Empleada Cargo:                      Ingreso Mensual:                     

Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? IMSS Su casa es:  Propia  Rentada

IDIOMA  
Habla español:  Sí  No Idioma Indígena:                      Idioma Extranjero:                     

EDUCATIVO  
Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Secundaria

**SALUD FISICA**

¿Tiene alguna discapacidad? Si  No  Especifique:                     

¿Padece alguna enfermedad? Si  No  Especifique:                     

¿Esta embarazada? Si  No  ¿Padece alguna enfermedad mental? Si  No  Especifique:                     

**MEDIA FILIACION**

Estatura:                      Mts. Peso:                      Kg.

Cara  Alargada  Cuadrada  Ovalada  Redonda Tez  Negra  Amarilla  Blanca  Moreno clara  Moreno obscura

Boca  Grande  Mediana  Pequeña Nariz  Aguileña  Ancha

Color de ojos  Recta  Afilada  Azules  Café claro  Café oscuro  Gris  Verdes

Color de cabello  Cano  Castaño oscuro  Castaño claro  Negro

**IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Modalidad de la violencia:  Familiar  Laboral  Docente(escolar)  De la Comunidad  Institucional

Tipo de violencia:  Física  Psicológica  Patrimonial  Económica  Sexual  Obstetrica

¿Es víctima de Delincuencia Organizada?  SI  NO

¿Es víctima de Violencia de Género?  SI  NO

¿Es víctima de Trata de Personas?  SI  NO

**NARRACION DE LOS HECHOS**

Usaria que refiere que su ex pareja, la controla con sus 2 hijos pequeños, que no le permite verlos y eso le genera angustia por no saber como estan, desde hace 3 años estan separados y ellos el la tiene en custodia.

Lugar de los Hechos                      Lugar de Ocurrencia:  Espacio Público  Espacio Particular ¿Cuál?                     

Misma dirección de la víctima:  Sí  No

DOMICILIO  
Calle:                      No. Ext:                      No. Int:                     

Colonia/Barrio:                      Código Postal:                     

Estado: Tlaxcala Municipio:                      Localidad:                     

Ubicado entre:                     

**DANOS Y LESIONES**

**VIOLENCIA FISICA**  Laceración  Contusión/magullamiento  Quemadura  Luxación/Esguince  Fractura  Cicatrices  Aborto  Dolor de cabeza  Amputación  Ninguno

Área Anatómica Lesionada  Ojos  Cabeza  Cara  Cuello  Abdomen  Región genital  Mano  Pies  Extremidades inferiores  Extremidades superiores  Espalda  Glúteos  Otro \_\_\_\_\_

Nivel de gravedad de las lesiones:  Bajo  Medio  Alto

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Amenazas  Insultos  Groserías  Comparación  Humillación  Otro: \_\_\_\_\_  
Daños psicológicos:  Desadaptativo  Insomnio  Ideas suicidas  Intentos suicidas  
 Tristeza  Depresión  Ansiedad  Estrés  Trastorno psiquiátrico  Pérdida o aumento del apetito  
 Problemas nerviosos  Angustia o miedo  Otros: \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA ECONÓMICA**

No dar gasto  Controlar en que se gasta el dinero  Retener su salario   
Daños Económicos:  
 Dejó de estudiar  Perdió dinero  Perdió propiedades  Perdió el trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA SEXUAL**

Obliga a tener relaciones sexuales  Obliga a mirar pornografía  Toca su cuerpo sin autorización  
 Toca sus genitales  Víctima de trata  Otro \_\_\_\_\_  
Lesiones sexuales:  
 ITS  Ardor vaginal  Sangrado vaginal  Desgarre  otro \_\_\_\_\_  
Daños sexuales:  Aborto  Embarazo  Otro \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA PATRIMONIAL**

Retención y/o destrucción de documentos personales  Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos  
Daño patrimonial  Perdió propiedad  Perdida de documentos  otro \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR(A)**

**Tipo de relación o vínculo con la víctima:**

Cónyuge/Pareja  Novio  Ex pareja  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Herman@  Suegr@  
 Hii@  Tutor (a)  Amig@  Jefe  Profesor (a)  Compañer@  otro \_\_\_\_\_

Nombre Completo Miguel Angel Mondaras Montiel Edad: 31a  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo  M  F Estado Civil  Casado  Divorciado  Soltero  Concubinato Fecha de Nacimiento: 20/11/88  
Lugar de Nacimiento: Mexico

¿Con quien vive?  Hijos  Esposo  Cónyuge  Padres Teléfono \_\_\_\_\_  
Pertenece a un grupo étnico:  Sí  No Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Lenguaje Extranjero: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**

Calle: Jardines de Apizaco retorno de la Pasa No. Ext: Dep. 2 No. Int: Ed. 36  
Colonia/Barrío: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: Apizaco Localidad: \_\_\_\_\_

**Ubicado entre:** \_\_\_\_\_

**ECONÓMICO**

Actividad que realiza: Trabajado en tortillería Servidor Público:  Sí  No  
Lugar donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Su casa es:  Propia  Rentada

**IDIOMA**

Habla español:  Sí  No Idioma Indígena: \_\_\_\_\_ Idioma Extranjero: \_\_\_\_\_  
Servicio Médico:  Sí  No ¿Cual? \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

**EDUCATIVO**

Sabe Escribir:  Sí  No Sabe Leer:  Sí  No Escolaridad: Preparatoria

**MEDIA FILIACIÓN**

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Compleción  Delgada  Tez  Blanca  Cara  Alargada  Cabello  Corto/lacio  
 Media  Morena clara  Cuadrada  Corto/ondulado  
 Obesa  Morena oscura  Ovalada  Largo/lacio  
 Robusta  Negra  Redonda  Largo/ondulado  
Ojos  Grandes  Ojos  Azules  Gris  Nariz  Aguileña  Boca  Grande  Labios  Gruesos  
 Medianos  Color  Café claro  Negros  Ancha  Mediana  Medianos  
 Pequeños  Café oscuro  Verdes  Recta  Pequeña  Delgados

Cejas  Negras  Teñidas  Entre canas  
 Forma de las cejas  Rectas  Uniceja  Separadas  
 Pelo facial  Barba  Bigote  Ninguno  
 Orejas  Grande  Mediana  Pequeña

**SEÑAS PARTICULARES**

Cicatriz  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_  
 Tatuaje  Si  No Ubicación  Cara  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Cuello  Espalda  Pierna Derecha  Pierna Izquierda  
 Otro: \_\_\_\_\_ Descripción de la cicatriz: \_\_\_\_\_

Aspecto o particularidades de la vestimenta: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Durante la agresión estaba bajo los efectos de:  Alcohol  Drogar  Se ignora  Ninguna  
 ¿Consumió de manera cotidiana?  
 Porta armas:  Si  No ¿Qué tipo de arma posee?  Cuchillo  Machete  Navaja  Pistola

**GUÍA DE RIESGO**

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
  - 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
  - 3. ¿Ha intentado suicidarse?
  - 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
  - 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
  - 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
  - 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
  - 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
  - 9. ¿Vive con el agresor?
  - 10. ¿Vive con la familia del agresor?
  - 11. ¿Vive cerca del agresor?
  - 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
  - 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?
- Fernando Javier  
Israel.

7a.  
5a.

**AUTORIDADES**

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si  No  ¿Quié? \_\_\_\_\_

**CANALIZACIÓN**

Solicitud directa de la usuaria: \_\_\_\_\_

Derivación/ ayuda:  Asesoría Jurídica  Apoyo Psicológico  Atención Médica  
 Seguimiento: Fecha: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hora: [ ][ ][ ] hrs  
 Etapa:  Ingreso  Reingreso  En Proceso  Concluido  Deserción  otro \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Canalización a otras instituciones:  Escuela  Albergue  Asilo  Asociación Civil  CAIF  
 CEDH  SEDIF  SMDIF  IEM  IMM  Fundación  Hospital Psiquiátrico  Refugio  
 INMUJERES  ISSSTE  PGJ  Casa Hogar  CRI  Procuraduría para la Protección de NNA  Otros

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

Lic. Karina Hdez  
 \_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."