



FECHA _____

CARTA COMPROMISO DE PADRES

Me comprometo traer a Centro VIDHA (UNETE) a mi hijo (a)

De _____ Años de edad, con Dx. _____

_____, _____ días a la semana, procurando llegar puntualmente a sus terapias, según el horario establecido por la institución.

Es mi deber presentarlo limpio y en las condiciones de salud favorable a su aprovechamiento.

Es mi deber también avisar el motivo de su inasistencia, así como presentar justificación de la misma, lo más pronto que me sea posible.

Me comprometo a pagar la cuota de _____ puntualmente cada mes, de no ser así se cobrara un recargo de \$10 por mes.

Firma y nombre del padre o tutor.

**Trabajadora social
Lic. Thelma Luna Díaz**

**Coordinadora de centro VIDHA (UNETE)
L.E.E. ANDREA CELESTE GONZALEZ DAGDUG**



ENCUESTA DE PADRE DE FAMILIA.



FECHA DE ENCUESTA: _____

INFORMACION DEL ALUMNO

NOMBRE _____ GRADO: ____ GRUPO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: ____ CURP _____

INFORMACION DEL PADRE

NOMBRE DEL PADRE: _____

GRADO DE ESTUDIO: _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____

OCUPACION: _____ ¿DONDE LABORA? _____

ESCOLARIDAD _____

CASADO: ____ UNION LIBRE: ____ DIVORCIADO: ____ MADRE SOLTERA: ____

¿QUIENES CONVIVEN CON EL NIÑO? _____

A QUIEN CORRESPONDE EL TITULAR DEL MENOR (PATRIA POTESTAD):

DOMICILIO ACTUAL: _____

DOMICILIO DEL TRABAJO: _____

TELEFONO CEL: _____ TEL: _____ TEL CASA: _____

TIENE AUTO PROPIO: ____

CUENTA CON OTROS INGRESOS: ____

INFORMACION DE LA MADRE

NOMBRE DE LA MADRE: _____

GRADO DE ESTUDIO: _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____ OCUPACION:

_____ ¿DONDE LABORA? _____ ¿ESCOLARIDAD? _____

CASADO: ____ UNION LIBRE: ____ DIVORCIADO: ____ MADRE SOLTERA: ____

¿QUIENES CONVIVEN CON EL NIÑO? _____

A QUIEN CORRESPONDE EL TITULAR DEL MENOR (PATRIA POTESTAD):



ENCUESTA DE PADRE DE FAMILIA.



DOMICILIO ACTUAL: _____

DOMICILIO DEL TRABAJO: _____

TELEFONO CEL: _____ TEL: _____ TEL CASA: _____

TIENE AUTO PROPIO: _____ CUENTA CON OTROS INGRESOS:
_____ ¿A CUANTO HACIENDO SU GASTO MENSUAL? _____

ARTICULOS DOMESTICOS:

CUENTA CON TV: ____ LAVADORA: ____ REFRIGERADOR: ____ LICUADORA: ____

ESTUFA: ____ COMPUTADORA _____

VIVIENDA:

CUENTA CON CASA PROPIA: ____ PAGA RENTA: ____ ¿CUANTO PAGA? _____

TIENE PATIO: ____ CUAL ES EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO: _____

CUANTA CON TODOS LOS SERVICIOS: ____ CUANTOS CUARTOS TIENE: _____

CATEGORIA DEL LUGAR

CIUDAD: _____ RANCHERIA: _____ PUEBLO: _____ COLONIA: _____

COMENTARIO Y SUGERENCIA: _____

FIRMA DEL ENTREVISTADO.

FIRMA DEL ENTREVISTADOR.

Lic. Jaqueline cortés Hernández

Directora del CENDI-DIF Huimanguillo

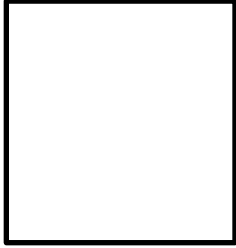


ENCUESTA DE PADRE DE FAMILIA.





ESTUDIO SOCIOECONOMICO



FECHA: _____

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO: _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____ ENTIDAD _____

DATOS DE

ALIMENTACION: _____

ENFERMEDADES QUE HA PRESENTADO DURANTE SU NACIMIENTO E INFANCIA

VARICELA () PAPERAS () SARAMPION () RUBEOLA () ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ()

OTRAS _____

DIAGNOSTICO ACTUAL _____

QUIEN REFIERE AL MENOR A ESTA INSTITUCION _____

LLEVA CONTROL MEDICO _____ CADA CUANTO _____ DONDE _____

ESTRUCTURA FAMILIAR

DATOS DEL PADRE

NOMBRE: _____ EDAD _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ ESCOLARIDAD _____

ESTADO CIVIL: CASADO () DIVORCIADO () UNION LIBRE () VIUDO () SEPARADO ()

OCUPACION _____ INGRESO MENSUAL _____

DOMICILIO DEL TRABAJO _____

HORARIO DE TRABAJO _____ TEL _____



ESTUDIO SOCIOECONOMICO

INGRESO QUE DESTINA PARA TRANSLADARSE AL TRABAJO _____

DATOS DE LA MADRE

NOMBRE _____ EDAD _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ ESCOLARIDAD _____

ESTADO CIVIL: CASADO () DIVORCIADO () UNION LIBRE () VIUDO () SEPARADO ()

OCUPACION _____ INGRESO MENSUAL - _____

DOMICILIO DEL TRABAJO _____

HORARIO DE TRABAJO _____ TEL _____

INGRESO QUE DESTINA PARA TRANSLADARSE _____

HERMANOS

NOMBRE _____ EDAD _____ -SEXO _____ OCUPACION _____

LA CASA DONDE VIVE ES DE:

LADRILLO _____ MADERA _____ PISO DE CEMENTO _____ PROPIA _____

RENTA _____ DRENAJE _____ AGUA POTABLE _____ POZO _____

GASTOS: GAS _____ LUZ _____ ALIMENTACION _____

MOBILIARIO

ESTUFA _____ LAVADORA _____ LICUADORA _____ REFRIJERADOR _____ TV _____

SERVICIOS DE SALUD

IMSS _____ ISSET _____ ISSSTE _____ SEGURO POPULAR _____ OTRO _____

DIAGNOSTICO SOCIAL:

--	--	--	--	--

- **DINÁMICA FAMILIAR:**
- **SITUACIÓN ACTUAL:**

IV. HISTORIA PERSONAL.

- **DESCRIPCIÓN FÍSICA:**
- **EXAMEN MENTAL:**
- **ACTITUD FRENTE A LA SITUACIÓN.**

V. PRUEBA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

- **OBJETIVO:**
- **METODOLOGÍA:**
 - **Método Científico:** Conjunto de pasos estructurados sistematizados que se utilizan para
 - **Método Inductivo:** Consiste en partir la información particular recogida por sucesivas observaciones para llegar a un hecho general.
 - **Método Clínico:** Es la observación minuciosa de un individuo en sí mismo como marco de referencia, basado en la utilización de entrevistas, observaciones y la utilización de ciertos instrumentos (Pruebas proyectivas) con la finalidad de obtener información más amplia de un sujeto en particular.
- **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS.**
 - Entrevista
 - Observación psicológica.
 - Test de la familia.
 - Test Proyectivo de Karen Machover.
 - **Test de la Familia:**
Evalúa fundamentalmente el estado emocional de la persona, con respecto a la adaptación del entorno familiar, nos permite reconocer ciertas orientaciones psicosociales de su funcionamiento y de su entorno.
- **RESULTADO OBTENIDOS.**
 - **Test Proyectivo de Karen Machover.**



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIF MUNICIPAL**

**SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS
Y ADOLESCENTES DE HUIMANGUILLO.**



- ENTREVISTA CON (tutor responsable)...
- Entrevista con: (paciente)

VII.CONCLUSIONES.

VIII.SUGERENCIAS.

IX .EVOLUCIÓN.

SESIÓN No.	FECHA:
OBJETIVO:	
DESCRIPCIÓN:	
PROX. CONSULTA. <ul style="list-style-type: none">• FECHA:• HORA:	

SESIÓN No.	FECHA:
OBJETIVO:	
DESCRIPCIÓN:	



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIF MUNICIPAL**



**SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS
Y ADOLESCENTES DE HUIMANGUILLO.**

PROX. CONSULTA.

- **FECHA:**
- **HORA:**

SESIÓN No.	FECHA:
OBJETIVO:	
DESCRIPCIÓN:	
PROX. CONSULTA. <ul style="list-style-type: none">• FECHA:• HORA:	

EVALUACIÓN REALIZADA POR:

PSIC. AMAIRANI BERENICE PARDO GONZÁLEZ.

PSICOLOGO DE LA SECRETARIA EJECT. DEL SISTEMA MPAL. DE PROTECCION DE LOS
DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

FORMATO DE ACEPTACION PARA ATENCION PSICOLOGICA

Huimanguillo, Tabasco. A ____ de _____ de 2019.

De acuerdo a la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, (CNDH) en su artículo 36; Niñas, Niños y Adolescentes tienen derecho a vivir una vida libre de toda forma de violencia y a que se resguarde su Integridad personal, a fin de lograr las mejores condiciones de bienestar y el libre desarrollo de su personalidad. De igual manera en su artículo 37 de ésta misma ley, las autoridades estatales y municipales están obligadas a tomar las medidas necesarias para coadyuvar y atender, en el ámbito de sus respectivas competencias, los casos en que niñas, niños y adolescentes se vean afectados por:

- I. El descuido, negligencia, abandono o abuso físico, psicológico o sexual.

Yo _____ Padre o Madre
de mi hijo (o): _____

Acepto que se otorgue la atención psicológica para que pueda recibir el apoyo que le ayude a resolver situaciones propias de la etapa que está viviendo; esto con el fin de que pueda seguir creciendo y desarrollándose sana e integralmente.

Nombre y firma del tutor

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Fecha de referencia. _____

Nombre del paciente. _____

Edad del paciente. _____

Domicilio del paciente. _____

Motivo de envío _____

Nombre del psicólogo. _____

Institución que refiere: **“SIPINNA” Huimanguillo, Dif municipal**

Domicilio: calle. Jacinto López, s/n esq. Nicolás bravo, col. centro.

Unidad a la que se refiere: **“Uneme-capá Huimanguillo”**

Domicilio: Calle Simón Sarlat s/n Huimanguillo, Tab.

Servicio al que se refiere: Psicología.

Motivo de la referencia: (Breve resumen de la problemática)

FIRMA DEL TITULAR “SIPINNA”

LIC. SUSANA CONCEPCION PALMA



PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS DERECHOS
DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
"PARTICIPACIÓN INFANTIL"
LISTA DE ASISTENCIA



Fecha: _____

Nombre de la actividad: _____

Estado y municipio: _____

Lugar sede: _____

Comunidad

Colonia

Escuela

Centro DIF

Albergue
o Casa
Cuna

Otro

*Nombre: _____ ** Grado y Grupo: _____

No.	Nombre del participante	Sexo		Edad
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	

Persona _____
Responsable Nombre y firma SEDIF

Persona _____
Responsable Nombre y firma SMDIF

Nombre, firma y sello de la institución sede



TRABAJO INFANTIL LISTA DE ASISTENCIA



Fecha: _____

Nombre de la actividad: _____

Estado y municipio: _____

Lugar sede: _____

Comunidad Colonia Escuela Centro DIF Albergue o Casa Cuna Otro

*Nombre: _____ ** Grado y Grupo: _____

No.	Nombre del participante	Sexo		Edad
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	

Persona _____
Responsable Nombre y firma SEDIF

Persona _____
Responsable Nombre y firma SMDIF

Nombre, firma y sello de la institución sede

No.	Nombre del participante	Sexo		Edad
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	

Fecha: _____

Persona _____
Responsable Nombre y firma SEDIF

Persona _____
Responsable Nombre y firma SMDIF

Nombre, firma y sello de la institución sede



PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO
LISTA DE ASISTENCIA



Fecha: _____

Nombre de la Actividad: _____

Nombre del Estado: _____ Nombre del Municipio: _____

Lugar sede: _____

Comunidad Colonia Escuela Centro DIF Albergue o Casa Cuna Otro

*Nombre: _____

**Grado y Grupo: _____

No.	Nombre del participante	Sexo		Edad
		H	M	

Persona responsable _____
Nombre y firma SEDIF

Nombre y firma SMDIF o responsable de la actividad _____

*Nombre del espacio donde se realizó la actividad.
**En caso de que el espacio en donde se realizó la actividad sea una escuela.



PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO
LISTA DE ASISTENCIA



No.	Nombre del participante	Sexo		Edad

Persona responsable _____ Nombre y firma SEDIF _____ Nombre y firma SMDIF o responsable de la actividad _____

*Nombre del espacio donde se realizó la actividad.
**En caso de que el espacio en donde se realizó la actividad sea una escuela.

Fecha

Ficha de Canalización

C. Director (a) del Centro:

Por medio del presente, solicito su apoyo para que su institución atienda a:

C. _____

Quien requiere de los servicios que ustedes ofrecen en materia de atención de las adicciones.

Agradeceremos contar con el seguimiento de este (a) paciente para estar en posibilidad de continuar acompañándolo (a) en su proceso de cambio.

A su vez, nos ponemos a sus órdenes en:

Muchas gracias por su tiempo y atención.

Atentamente,

Nombre y firma del
Promotor Orientador

Nombre y firma
Coordinador PAMAR

Secretaría de Educación
Subsecretaría de Planeación y Evaluación
Dirección de Control Escolar e Incorporación

Tabasco
cambia contigo

Ciclo escolar: _____

Núm. Sol: _____

Solicitud de Alta

(Marque con una X la selección que corresponda)

Preescolar:

Primaria:

Secundaria:

Por Traslado:

Por evaluación diagnóstica:

Requisitos (anexar copias cotejadas):

	Tipo de alta
Acta de nacimiento/acta-compromiso	Todos
Reporte de Evaluación	Todos
Copia CURP	Todos
Certificado de nivel	Primaria, Secundaria

	Tipo de Alta
Resolución de revalidación de estudios	Secundaria
Documento de transferencia del grado cursado	Primaria y secundaria
Constancias de estudios parciales	Todos
Constancia E.E.R	Secundaria

Datos del Alumno (a):

1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ Nombre (s) _____
Entidad de nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____
CURP: _____ PRONIM: _____

Datos de la escuela que solicita el alta:

Nombre de la escuela: _____; con clave: _____
zona escolar: _____, grado: _____, grupo: _____, turno: _____; quien se encuentra inscrito provisionalmente desde el día: _____ del mes de: _____ del año _____, días de traslado: _____. De tener alguna discapacidad, descríbala: _____.

Datos de la escuela de procedencia:

Nombre de la escuela: _____; con clave: _____
grado: _____, grupo: _____, turno: _____; del cual causo baja a partir del día: _____ del mes de: _____ del año _____; con folio de reporte de evaluación no: _____.

Nombre y firma
Director(a) de la escuela
Celular: _____

Sello de la escuela

Sello de recibido

Uso exclusivo de la Dirección de Control Escolar e Incorporación

En respuesta a su trámite de Alta, y en base a los datos descritos y documentación presentada en anexo:

- Se autoriza en forma definitiva, por cumplir con los requisitos establecidos.
 No se autoriza, por incumplir con los requisitos establecidos.

Observaciones.

Responda SI o NO a las siguientes preguntas: (Primaria y Secundaria)

¿Alumno con continuidad de ciclos?	<input type="checkbox"/>
¿Antecedentes escolares capturados?	<input type="checkbox"/>

Folio de Reporte de Evaluación: _____

Trabajó (nombre, firma y fecha)	Autorizó (nombre, firma y fecha)
---------------------------------	----------------------------------

Presentar el formato en dos tantos (Original y primera copia.- (Control Escolar). Segunda copia.- (Escuela))



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
HUIMANGUILLO, TABASCO
2018-2021
ESPERANZA QUE TRANSFORMA
U.B.R
TARJETON UNICO DE TERAPIAS

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO
FECHA DE INGRESO	FECHA DE ALTA
TERAPISTA	
MEDICO TRATANTE	
HORARIO	
DIAGNOSTICO	

FECHAS	INDICACIONES



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
HUIMANGUILLO, TABASCO
2018-2021
ESPERANZA QUE TRANSFORMA
U.B.R
FICHA DE IDENTIFICACION



FECHA DE ELABORACION:

FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE:

SEXO

H

M

SIGNOS VITALES E HISTORIA CLICA

F.R.

F.C.

TEM.

T/A

PESO:

TALLA:

ANTECEDENTES PERSONALES HEREDO FAMILIARES.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL:

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

DIAGNOSTICOS PREVIOS:

TERAPEUTICA EMPLEADA

RESULTADO DE ESTUDIOS REALIZADOS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
HUIMANGUILLO, TABASCO
2018-2021
ESPERANZA QUE TRANSFORMA
U.B.R
NOTAS DE EVOLUCION

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

MEDICA

PSICOLOGICA

T. FISICA

T. LENGUAJE

T. OCUPACIONAL

OTRA

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
HUIMANGUILLO, TABASCO
2018-2021
ESPERANZA QUE TRANSFORMA
U.B.R
INTERCONSULTAS

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
HUIMANGUILLO, TABASCO
2018-2021
ESPERANZA QUE TRANSFORMA
U.B.R
HOJA DE ALTA

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
HUIMANGUILLO, TABASCO
2018-2021
ESPERANZA QUE TRANSFORMA
U.B.R
NOTAS DE TERAPIAS DE LENGUAJE

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
HUIMANGUILLO, TABASCO
2018-2021
ESPERANZA QUE TRANSFORMA
U.B.R
NOTAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
HUIMANGUILLO, TABASCO
2018-2021
ESPERANZA QUE TRANSFORMA
U.B.R
NOTAS DE PSICOLOGIA

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
HUIMANGUILLO, TABASCO
2018-2021
ESPERANZA QUE TRANSFORMA
U.B.R
RESULTADOS DE ESTUDIOS DE GABINETE

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
HUIMANGUILLO, TABASCO
2018-2021
ESPERANZA QUE TRANSFORMA
U.B.R
NOTAS DE TERAPIAS DE LENGUAJE

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS

TIPO PERSONAL AUTORIZADO

FECHA DE ELABORACIÓN: / /

H M

TRÁMITE GRATUITO

CÓDULO: REVISÓ DOCUMENTOS

NO. FOLIO

CVE. MOV.

ELABORÓ TARJETA:

DATOS DEL SOLICITANTE

PELLIDO PATERNO: _____

PELLIDO MATERNO: _____

NOMBRE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: / /

ESTADIDAD DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO

GRUPO SANGUÍNEO: _____

TÍTULO DOCUMENTO APROBATORIO: _____

DIRECCIÓN: _____

CALLE Y NÚMERO: _____

TELÉFONO: _____

COLONIA: _____

C.P. _____

LEGACIÓN O MUNICIPIO: _____

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

¿CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: _____

TELÉFONO: _____



Indique los servicios en los que piensa utilizar su Tarjeta INAPAM en orden de prioridad usando los números del 1 al 6 siendo 1 el de mayor importancia y 6 el de menor importancia

- Alimentación Vestido y Calzado Medicamentos, Servicios de Salud
- Agua y Predial Recreación Transporte Local y Foráneo

¿QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARIA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM? _____

¿VIVE EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA OTRO _____

¿Tiene agua y alcantarillado con servicios sanitarios? SÍ NO

¿CON QUIÉN VIVE? SOLO FAMILIA AMISTADES CENTRO ASISTENCIA OTRO _____

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SÍ NO

¿HABLA ALGUN DIALECTO O LENGUA INDIGENA? SÍ NO

¿REQUIERE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SÍ NO

¿SUFRIRIA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:
DIABETES MELLITUS PADECIMIENTO NEUROLÓGICA ENFERMEDAD CANCEROSA
HIPERTENSION ARTERIAL ENFERMEDAD DEL CORAZÓN OTRA _____
ENFERMEDAD REUMÁTICA ENFERMEDAD RESPIRATORIA

¿SUFRIRIA ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ O NO O ¿CUÁL? _____

¿CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN O ANDADERA O SILLA DE RUEDAS O NINGUNO O _____

¿HA DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?
VISIÓN SÍ O NO O OÍDO SÍ O NO O VISTA SÍ O NO O GUSTO SÍ O NO O

¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SÍ O NO O CUAL? _____

¿EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MÁS DE 2 CAÍDAS? NO SÍ EN DOMICILIO EN CALLE
¿CÓMOS TOMA LOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DÍA? 1-3 4-7 MÁS DE 7 NINGUNO



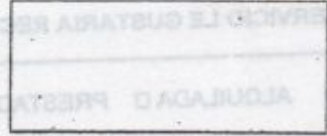
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
 DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
 FORMATO IA-ST-003

M N



Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 fracción III y 28, VII, XV, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXVII del Estatuto Orgánico del INAPAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en los artículos 21 y 22 fracciones II, III, IV y V.

- Medicamentos, Servicios de Salud
- Vestido y Calzado
- Transporte Local y Foráneo
- Recreación



Estoy enterado, recibí tarjeta de conformidad
 Nombre y Firma _____

Huella _____

¿ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?
 ENFERMEDAD NEUROLÓGICA
 ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
 ENFERMEDAD RESPIRATORIA
 ENFERMEDAD RUMÁTICA
 ENFERMEDAD CANCEROSA
 OTRA

¿ALGUNA DISCAPACIDAD? SI O NO O ¿CUAL?
 CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN O ANDADERA O SILLA DE RUEDAS O NINGUNO O

¿ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTES? SI O NO O ¿CUAL?
 SI O NO O

¿CÓMO HA SUFRIDO MÁS DE 3 CAÍDAS? NO O SI O EN DOMICILIO O EN CALLE O
 SI O NO O

¿CÓMO HA SUFRIDO MÁS DE 3 CAÍDAS? SI O NO O ¿CUAL?
 SI O NO O



PROCURADURIA MUNICIPAL DE PROTECCION DE LA FAMILIA Y DE
LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SISTEMA INTEGRAL DE LA FAMILIA



REGISTRO DE ATENCIÓN DIARIA

FECHA _____

FOLIO _____

ASESOR _____

NUM. EXPEDIENTE _____

DATOS DE LA PERSONA DENUNCIANTE.

NOMBRE: _____

EDAD: _____

DOMICILIO: _____

COLONIA: _____

MUNICIPIO: _____

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACION: _____

PARENTESCO: _____

NUM TEL: _____

DATOS DE LA PERSONA DENUNCIADA

NOMBRE: _____

EDAD: _____

DOMICILIO: _____

COLONIA: _____

MUNICIPIO: _____

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACION: _____

PARENTESCO: _____

NUM TEL: _____

DATOS DEL OFENDIDO

NOMBRE: _____

EDAD: _____

DOMICILIO: _____

COLONIA: _____

MUNICIPIO: _____

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACION: _____

PARENTESCO: _____

NUM TEL: _____

DATOS DE LOS HIJOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

ASUNTO: _____

SEGUIMIENTO: _____



PROCURADURIA MUNICIPAL DE PROTECCION DE LA FAMILIA Y DE
LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SISTEMA INTEGRAL DE LA FAMILIA



NUM DE FOLIO: /2019.

ASUNTO: **PRIMER CITATORIO.**

HUIMANGUILLO, TABASCO A ____ DE _____ DEL 2019.

C. _____

DOMICILIO: _____

Para efectos de llevar a cabo una diligencia de **CARACTER URGENTE** ante la Procuraduría Municipal de Protección de la Familia y de los Derechos de niñas, niños y Adolescentes en el domicilio ubicado en calle Jacinto López esquina Nicolás Bravo s/n Colonia Centro perteneciente a este Municipio de Huimanguillo, Tabasco el día _____ mes _____ del presente año a las _____ horas.

Apercibido que en caso de no comparecer en la hora y fecha señalada se inclinará en su contra acciones legales ante la autoridad correspondiente. Lo anterior para dar cumplimiento al numeral 116 de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescente del Estado de Tabasco.

NOTA: FAVOR DE PRESENTARSE CON UNA COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL

ATENTAMENTE

LIC.

ASESOR JURIDICO.



PROCURADURIA MUNICIPAL DE PROTECCION DE LA FAMILIA Y DE
LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SISTEMA INTEGRAL DE LA FAMILIA



NUM DE FOLIO: /2019.

ASUNTO: **SEGUNDO CITATORIO.**

HUIMANGUILLO, TABASCO A ____ DE _____ DEL 2019.

C. _____

DOMICILIO: _____

Para efectos de llevar a cabo una diligencia de **CARACTER URGENTE** ante la Procuraduría Municipal de Protección de la Familia y de los Derechos de niñas, niños y Adolescentes en el domicilio ubicado en calle Jacinto López esquina Nicolás Bravo s/n Colonia Centro perteneciente a este Municipio de Huimanguillo, Tabasco el día _____ mes _____ del presente año a las _____ horas.

Apercibido que en caso de no comparecer en la hora y fecha señalada se inclinará en su contra acciones legales ante la autoridad correspondiente. Lo anterior para dar cumplimiento al numeral 116 de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescente del Estado de Tabasco.

NOTA: FAVOR DE PRESENTARSE CON UNA COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL

ATENTAMENTE

LIC.

ASESOR JURIDICO.

DEPENDENCIA	
No. OFICIO	
ASUNTO	
FECHA:	
EXPEDIENTE :	

TRABAJO SOCIAL

ASUNTO:

VISITA DOMICILIARIA:

1.-) CONDICIONES DE VIDA (HIGIENICAS, ECONOMICAS, SOCIALES, y MORALES).-

2.-) LAS CIRCUNSTANCIAS CONDICIONES Y PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN.

3.- COMO ES EL ESTILO DE VIDA TANTO COMUNITARIO COMO INDIVIDUAL,

4.- CUANTAS PERSONAS HABITAN EN SU VIVIENDA Y EL GRADO DE PARENTESCO QUE TENGA CON ELLOS.

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	FUNCIONES	SEXO

5.-) LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS O REMUNERATIVAS QUE REALIZAN LAS PARTES:

6.-) DESCRIPCION DE LA VIVIENDA Y LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES QUE OBSERVE Y QUE SEAN DE IMPORTANCIA PARA LA RESOLUCION DE ESTA LITIS.

ANEXO: Fotos

7.-) TAMBIÉN DEBERÁ ENTREVISTAR A LOS VECINOS MÁS PRÓXIMOS DE LAS PERSONAS A LAS QUE REALIZA EL TRABAJO SOCIAL, PARA QUE EXPONGA SOBRE LA CONDUCTA, PERSONALIDAD Y HÁBITOS DE LAS PARTES

ATENTAMENTE

TRABAJADORA SOCIAL ADSCRITA A PROFADE/DIF/HUIMANGUILLO



REGISTRO DE ASISTENTES

Escuela:	Grupo:
-----------------	---------------

	Nombre	Edad	Hombre	Mujer
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				



SIPINNA | Sistema de Protección Integral de
Niñas, Niños y Adolescentes de Huimanguillo





REGISTRO DE ATENCIÓN

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____

INSTRUCCIÓN ESCOLAR: _____

TELÉFONO: _____

TRAMITE A REALIZAR:

NOMBRE DEL NIÑO(A) Y/O ADOLESCENTE:

EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

GRADO: _____ ESCUELA: _____

FIRMA DEL INTERESADO

Centro de Atención al Adolescente Tabasqueño
Reporte Mensual Cualitativo 2018

Programa de Atención a NNA en Riesgo
Prevención de Riesgos Psicosociales: **Adicciones**

Reporte:

Mes	Actividad	Descripción	Datos Generales (Fecha/hora/lugar)	Beneficiarios (separando mujeres/hombres)

HUIMANGUILLO, TABASCO A _____ DE _____ DEL 201____.

LIC. JOSE DEL CARMEN TORRUCO JIMENEZ
PRESIDENTE MUNICIPAL.
P R E S E N T E.

POR ESTE MEDIO ME DIRIJO A USTED PARA SOLICITAR SU APOYO CON,

YA QUE SOY UNA PERSONA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS, Y
QUE NO ESTA EN MIS POSIBILIDADES ADQUIRIRLO.

ESPERANDO CONTAR CON SU VALIOSO APOYO ME DESPIDO,
ENVIANDOLE UN CORDIAL Y AFECTUOSO SALUDO.

ATENTAMENTE.



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIF MUNICIPAL
PROCURADURIA DE PROTECCION DE LA FAMILIA Y LOS DERECHOS
DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES (PROFADE)



AGENDA PARA VALORACIONES PSICOLOGICAS

NO.	FECHA	HORA	EXPEDIENTE	JUICIO	PSICOLOG@
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					

VALORACION PSICOLOGICA

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE:

SEXO:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

ESCOLARIDAD:

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN:

RELIGION:

LUGAR DE ORIGEN:

DOMICILIO:

MUNICIPIO:

NUMERO DE TELEFONO:

NOMBRE DEL PADRE:

FECHA DE LA VALORACION:

METODOLOGIA

Método Científico: Conjunto de pasos estructurados sistematizados que se utilizan para ampliar el conocimiento.

Método Inductivo: Consiste en partir la información particular recogida por sucesivas observaciones para llegar a un hecho general.

Método Clínico: Es la Observación minuciosa de un individuo en sí mismo como marco de referencia, basado en la utilización de entrevistas, observaciones y la utilización de ciertos instrumentos con la finalidad de obtener información más amplia de un sujeto en particular.

MOTIVO DE CONSULTA:

DESCRIPCION FISICA:

EXAMEN MENTAL:

SITUACION ACTUAL:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

C.C.P. EXPEDIENTE
PSIC.MBE/mpth jir*



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIF MUNICIPAL
PROCURADURIA DE PROTECCION DE LA FAMILIA Y LOS DERECHOS
DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES (PROFADE)



DINAMICA FAMILIAR:

ENTREVISTA:

METODOLOGIA EMPLEADA:

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

CONCLUSIONES:

ATENTAMENTE

PSICOLOGO ADSCRITO A LA PROFADE/DIF