



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

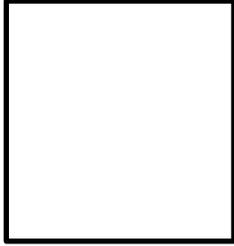


## ENCUESTA DE PADRE DE FAMILIA.





# 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.**

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

<b>SESIÓN No.</b>	<b>FECHA:</b>
<b>OBJETIVO:</b>	
<b>DESCRIPCIÓN:</b>	



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:

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

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-capa 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 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.



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: \_\_\_\_\_

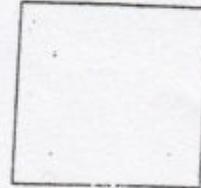
C.P. \_\_\_\_\_

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 acceso a SERVICIOS SANITARIOS? SÍ  NO

¿CON QUIÉN VIVE? SOLO  FAMILIA  AMISTADES  CENTRO ASISTENCIA  OTRO \_\_\_\_\_

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SÍ  NO

¿HABLA ALGUN DIALECTO O LENGUA INDÍGENA? SÍ  NO

¿REQUIERE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SÍ  NO

¿SUFRIRIA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- DIABETES MELLITUS  PADECIMIENTO NEUROLÓGICA  ENFERMEDAD CANCEROSA
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL  ENFERMEDAD DEL CORAZÓN  OTRA \_\_\_\_\_
- ENFERMEDAD REUMÁTICA  ENFERMEDAD RESPIRATORIA

¿SUFRIRIA ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ O NO O ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿REQUIERE CAMINAR DE BASTÓN O ANDADERA O SILLA DE RUEDAS O NINGUNO O \_\_\_\_\_

¿HA DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES? SÍ O NO O

¿OÍDO SÍ O NO O VISTA SÍ O NO O GUSTO SÍ O NO O

¿PRACTICA 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

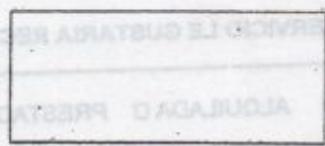


INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES  
 DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN  
 FORMATO IA-ST-003



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
- Resección



Estoy enterado, recibí tarjeta de conformidad  
 Nombre y Firma \_\_\_\_\_

Huella \_\_\_\_\_

¿ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?  
 ENFERMEDAD NEUROLÓGICA  
 ENFERMEDAD DEL CORAZÓN  
 ENFERMEDAD RESPIRATORIA  
 ENFERMEDAD RENAL  
 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 MÁS DE 7 O NINGUNO O

¿TOMA ALGUNOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DÍA? 1-3 O 4-7 O MÁS DE 7 O NINGUNO O  
 SI O NO O

¿REQUIERE SUS CAPACIDADES SENSORIALES?  
 OÍDO SI O NO O  
 VISTA SI O NO O  
 GUSTO 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

<b>Escuela:</b>	<b>Grupo:</b>
-----------------	---------------

	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**