

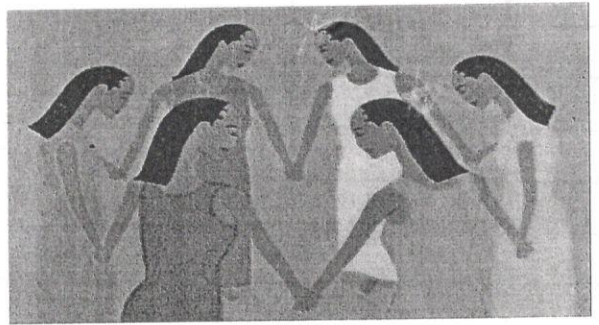
**DIRECCION DE ATENCION A LA MUJER  
HUIMANGUILLO**

Teléfono: 37-5-33-06

**Dirección:**

**Avenida Adelfo Cadena s/n**

**Col. Pueblo Nuevo**



**Números de Emergencia**

060 - Seguridad Pública

066 - Servicios de Emergencia

089 - Denuncia Anónima

065 - Cruz Roja

USUARIA:

EDAD:

COLONIA:

TELEFONO:

ABOGADA:

PSICOLOGA/O:

ASUNTO:



**DIRECCION DE ATENCION A LA MUJER  
HUIMANGUILLO**

Teléfono: 37-5-33-06

**Dirección:**

**Avenida Adelfo Cadena s/n**

**Col. Pueblo Nuevo**

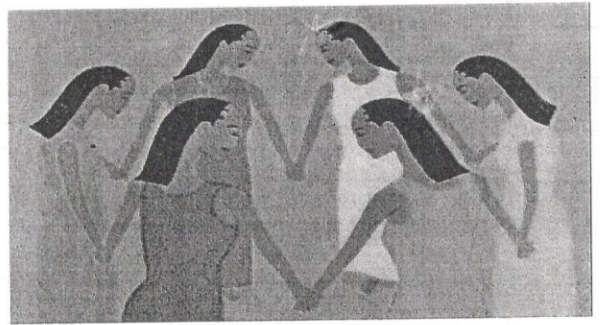
**Números de Emergencia**

060 - Seguridad Pública

066 - Servicios de Emergencia

089 - Denuncia Anónima

065 - Cruz Roja



USUARIA:

EDAD:

COLONIA:

TELEFONO:

ABOGADA:

PSICOLOGA/O:

ASUNTO:





DIRECCION DE ATENCION A LAS MUJERES (DAM)  
EXPEDIENTE DE ATENCION DIARIA



EXP: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

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

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ GRADO DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PAREJA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ GRADO DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_

HIJOS (NOMBRE Y EDAD) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ENTREVISTA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ATENDIO:

PSIC.

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nº DE EXPEDIENTE:

FECHA:

**DATOS GENERALES**

<b>Nombre de la usuaria:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>			
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Nacionalidad</b>
<b>Dirección:</b>		<b>Edad:</b>	<b>Profesión u Oficio:</b>		
<b>Teléfono:</b>		<b>Escolaridad:</b>			
		Preparatoria <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>	Maestría o Doctorado <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
<b>Religión:</b>		<b>Especificación:</b>			
<b>Nombre del esposo o pareja</b>	<b>Profesión u Oficio</b>	<b>Edad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>		
<b>Estado civil:</b>					
Casada <input type="checkbox"/>	Divorciada <input type="checkbox"/>	Separada <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Madre Soltera <input type="checkbox"/>	Viuda <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/>
<b>No. DE HIJAS E HIJOS (EDAD, SEXO, ESOLARIDAD)</b>					
<b>MOTIVO DE CONSULTA:</b>					

<b>TIPOS DE VIOLENCIA</b>	<b>REDES DE APOYO</b>
Física <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Instituciones <input type="checkbox"/> Observaciones:

