



HOJA DE REGISTRO DE ATENCION POR VIOLENCIA Y/O LESION

SINBA SEUL-17-P DGIS

CLUES: Edo Institucion Consecutivo Ver

FOLIO:

PACIENTE AFECTADO

Form fields for patient identification: NOMBRE, C.U.R.P., FECHA DE NACIMIENTO, ENTIDAD DE NACIMIENTO, ESCOLARIDAD, SABE LEER Y ESCRIBIR, EDAD CUMPLIDA, AFILIACION A LOS SERVICIOS DE SALUD, ¿SE CONSIDERA INDIGENA?, ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?

MUJER EN EDAD FÉRTIL: Si el evento corresponde a una mujer de 10 a 54 años, especifique si la lesión o violencia ocurrió durante: Embarazo, Puerperio, No estaba embarazada ni en el puerperio. DIFICULTAD (DISCAPACIDAD):

USUARIO REFERIDO POR: Unidad médica, Secretaría de Educación Pública, Desarrollo Social, DIF, Otras instituciones gubernamentales, Instituciones No gubernamentales, Sin referencia (iniciativa propia). CLUES: Procuración de Justicia

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA: Día, Mes, Año, HH, MM. FUE DÍA FESTIVO: Sí, No

SITIO DE OCURRENCIA: Vivienda, Institución residencial, Escuela, Área de deporte y atletismo, Vía pública (peatón), Comercio y áreas de servicio, Trabajo, Granja, Club, cantina, bar, Vehículo automotor público, Vehículo automotor privado, Otro lugar, Lugar no especificado

DOMICILIO DE OCURRENCIA: TIPO DE LA VIALIDAD, NOMBRE DE LA VIALIDAD, NÚM. EXT., NÚM. INT., TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO, NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO, CÓDIGO POSTAL, LOCALIDAD, MUNICIPIO O ALCALDÍA, ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS

INTENCIONALIDAD DEL EVENTO: Accidental, Violencia familiar, Violencia No familiar, Autoinfligido, Trata de personas

EVENTO

AGENTE DE LA LESIÓN: Fuego, flama, sustancia caliente/vapor, Intoxicación por drogas o medicamentos, Pie o mano, Caída, Objeto contundente, Objeto punzocortante, Golpe contra piso o pared, Cuerpo extraño, Explosión, Radiación, Asfixia o sofocación, Múltiples agentes, Ahorcamiento, Sustancias químicas, Corriente eléctrica, Herramienta o maquinaria, Sacudidas, Desastre natural, Vehículo de motor, Ahogamiento por sumersión, Fuerzas de la naturaleza, Intoxicación por plantas hongos venenosos, Otro, Se ignora, No aplica

RECIBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: Sí, No. TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA: HH, MM

SE SOSPECHA QUE EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE: Alcohol, Droga por indicación médica, Drogas ilegales, Se ignora, Ninguna. SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR: Sí, No. EL LESIONADO ES: Conductor, Ocupante, Peatón. USO EQUIPO DE SEGURIDAD: Sí, No, Se ignora. ¿QUÉ EQUIPO DE SEGURIDAD UTILIZÓ?: Cinturón de seguridad, Casco, Sillín porta infante, Otro

VIOLENCIA: TIPO DE VIOLENCIA: Violencia física, Violencia sexual, Violencia psicológica, Violencia económica/patrimonial, Abandono y/o negligencia. AGRESOR: NÚM. DE AGRESORES: Único, Más de uno. PARENTESCO CON EL AFECTADO: SEXO DEL AGRESOR: Masculino, Femenino. EDAD DEL AGRESOR: Años. EL AGRESOR SE SOSPECHA QUE ACTUÓ BAJO LOS EFECTOS DE: Alcohol, Droga por indicación médica, Drogas ilegales, Se ignora, Ninguna. EN CASO DE EVENTO AUTOINFLIGIDO, EL EVENTO OCURRIÓ: Única vez, Repetido

ATENCIÓN

FECHA Y HORA DE ATENCIÓN: Día, Mes, Año, HH, MM. SERVICIO QUE OTORGÓ LA ATENCIÓN: Consulta externa, Hospitalización, Urgencias, Servicio especializado de atención a la violencia, Otro servicio

TIPO DE ATENCIÓN: Médica, Psicológica, Quirúrgica, Psiquiátrica, Consejería, Otra, Píldora anticonceptiva de emergencia, Profilaxis VIH, Profilaxis otras ITS

ÁREA ANATÓMICA DE MAYOR GRAVEDAD: Cabeza, Cara, Región Ocular, Cuello, Columna vertebral, Extremidades superiores, Mano, Tórax, Espalda y/o glúteos, Abdomen, Pelvis, Región genital, Extremidades inferiores, Pies, Múltiples, Otros, No hubo lesión

CONSECUENCIA RESULTANTE DE MAYOR GRAVEDAD: Laceración / abrasión, Aplastamiento, Cicatrices, Depresión, Contusión / magullamiento, Congelamiento, Aborto, Trastornos de ansiedad / estrés postraumático, Quemadura / corrosión, Asfixia, Embarazo, Trastornos psiquiátricos, Luxación / esguince, Herida, Infección de transmisión sexual, Múltiple, Amputación / avulsión, Fractura, Defunción, Malestar emocional, Trastorno del estado de ánimo, Otra

AFECCIÓN PRINCIPAL: 1., 2., 3. RESELECCIÓN AF. P. CÓDIGO CIE

CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión):

SE DIÓ AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO: Sí, No. DESTINO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN: Domicilio, Traslado a otra unidad médica, Servicio especializado atención a violencia, Consulta externa, Defunción, Refugio o albergue, DIF, Hospitalización, Ministerio público, Grupo de ayuda mutua. RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: Médico tratante, Psicólogo tratante, Trabajadora social, Otro

NOMBRE: Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido. C.U.R.P.: CÉDULA PROFESIONAL: FIRMA:

El profesional de la salud responsable de la atención prestada, quien llena este formato, no fue testigo de los hechos, sólo se limita a transcribir la información descrita verbalmente por el (la) paciente afectado(a) en los apartados paciente afectado y evento.

Para uso exclusivo del personal calificador