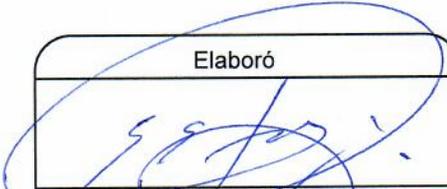
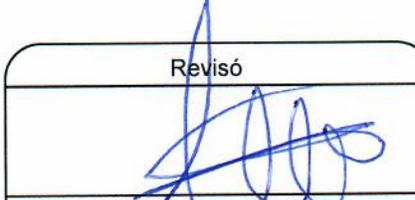


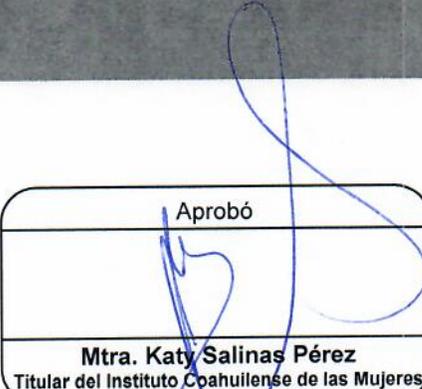
Código PE-DPF-004	Versión 00	Fecha Edición 06/04/2021	Vigencia 06/04/2023
-----------------------------	----------------------	------------------------------------	-------------------------------

Instituto Coahuilense de las Mujeres

OPERACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA LAS MUJERES

Elaboró

Licda. Alma Evelia Sifuentes Ortiz Directora de Programas Federales

Revisó

C.P. Adriana González Camarillo Subdirectora Administrativa

Aprobó

Mtra. Katy Salinas Pérez Titular del Instituto Coahuilense de las Mujeres



INSTITUTO COAHUILENSE DE LAS MUJERES
JURÍDICO

Atención por primera vez **No. de caso** _____

() Asesoría jurídica de primera vez

Fecha de atención: _____

Hora de inicio _____ Hora de salida _____

Nombre de usuaria: _____

Trámite que le interesa realizar:

Se explica a la usuaria en que consiste:

El trámite y requisitos para tal efecto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Se inicia trámite jurídico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Se canaliza a Mediación Familiar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Se acompaña al MP	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ

Seguimiento: () Programado () No programado

Asesoría jurídica (), Asesoría jurídica de seguimiento (), Representación jurídica (), Acompañamiento en procesos jurídicos ()

Fecha de recepción de documentos: _____

Cita para elaboración de demanda: _____

Hora de inicio _____ Hora de salida _____

Se elabora demanda de _____, en fecha _____, misma que le es proporcionada a la usuaria para su lectura y una vez realizado lo anterior manifiesta estar conforme con su contenido.

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ



Seguimiento: () Programado () No programado

Asesoría jurídica (), Representación jurídica (), Acompañamiento en procesos jurídicos () Intervención en crisis (), Orientación ()

a) De manera telefónica en fecha: _____

b) De manera personal

Fecha de atención: _____

Hora de inicio _____ Hora de salida _____

Observaciones: _____

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ

Seguimiento: () Programado () No programado

Asesoría jurídica (), Representación jurídica (), Acompañamiento en procesos jurídicos () Intervención en crisis (), Orientación ()

a) De manera telefónica en fecha: _____

b) De manera personal

Fecha de atención: _____

Hora de inicio _____ Hora de salida _____

Observaciones: _____

Motivo de conclusión: _____

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ

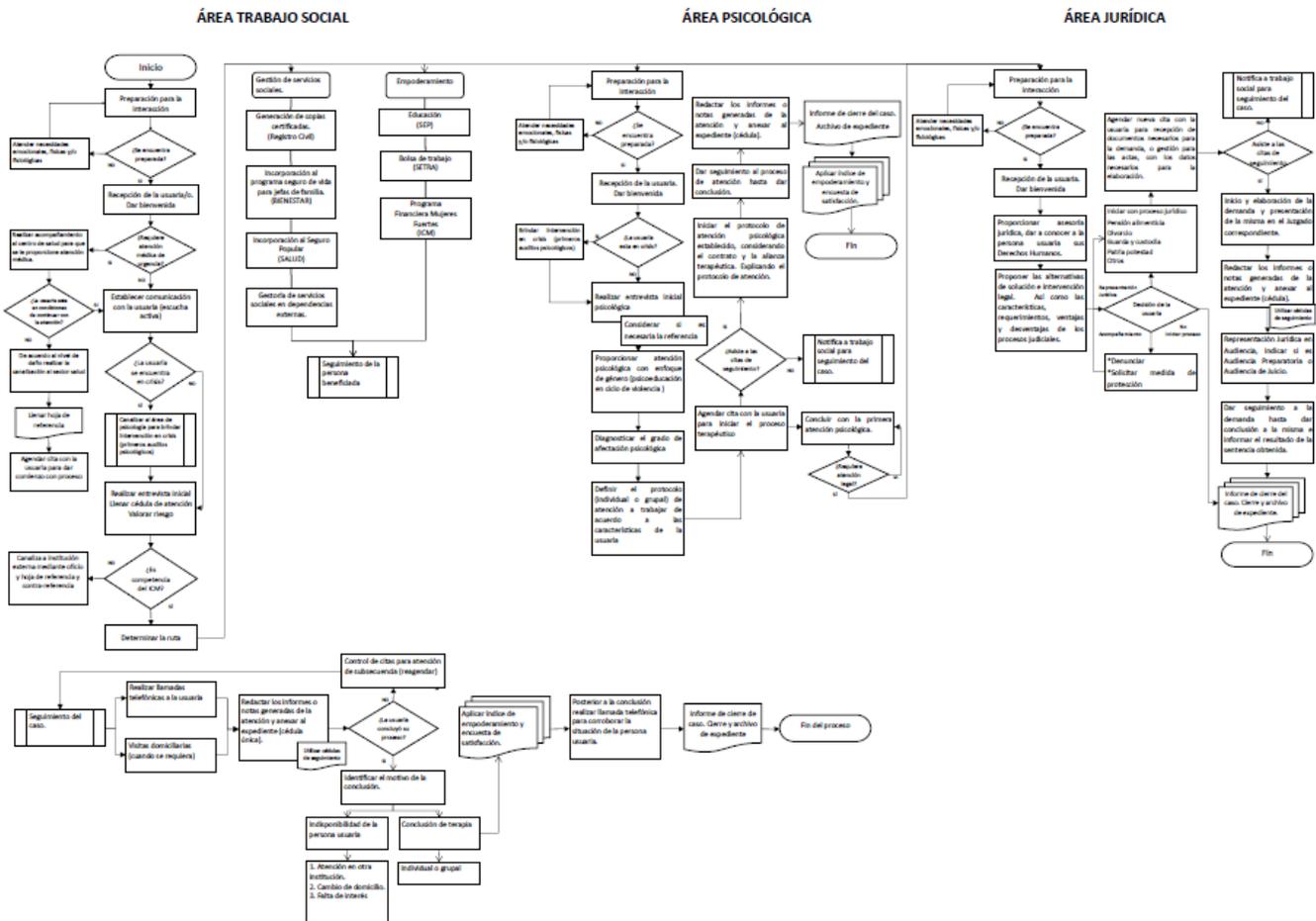
En el Instituto Coahuilense de las Mujeres con domicilio en carretera central Km 5 y Blvd. Centenario de Torreón, Col. El Toreo C.P. 25298, nos comprometemos al manejo y tratamiento responsable de los datos personales proporcionados por usted, en los trámites que se ofrecen en esta oficina a través de las distintas unidades administrativas operadas por la misma, por lo que es indispensable el otorgamiento de sus datos a través del consentimiento expreso por escrito. Por otra parte, se hace de su conocimiento que existe la posibilidad que sus datos sean transmitidos a otra unidad a efecto de continuar con el apoyo legal o psicológico que se le brinde. En ningún caso serán comercializados, y su difusión y distribución se limitará a lo estipulado por los artículos 16, fracciones 68 y 72 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Coahuila de Zaragoza.

DIAGRAMA DE FLUJO DE OPERACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA LAS MUJERES

Código DF-DPF-004	Versión 00	Fecha de Edición 00/00/00	Vigencia 00/00/00
-----------------------------	----------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Nombre del Procedimiento: Proceso de Operación de los Centros de Atención para las Mujeres.

Área: Dirección de Programas Federales





**INSTITUTO COAHUILENSE DE LAS MUJERES
PSICOLOGÍA**

Atención por primera vez

No. de caso _____

Intervención en crisis (), Entrevista inicial ()

Fecha de atención: _____

Hora de inicio _____ Hora de salida _____

Nombre de usuaria: _____

Descripción (identificación de necesidades, áreas trabajadas): _____

Consideraciones y/o soluciones sugeridas por el personal que proporcionó la atención (áreas por trabajar, metas terapéuticas, plan de trabajo) _____

Siguiente cita: _____

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ

Cédula de Atención

INSTITUTO COAHUILENSE DE LAS MUJERES

Información de uso interno

No. de caso	Fecha de ingreso	Hora de ingreso	Municipio de la unidad de atención
--------------------	-------------------------	------------------------	-------------------------------------------

Atención dirigida a	Día Mes Año	¿Canalizada por otra dependencia?	Número de Oficio
<input type="checkbox"/> Víctima <input type="checkbox"/> Indirecta. Describa relación con la víctima		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Quién canaliza?	

Registro de la usuaria(o)

Nombre*	Apellido paterno*	Apellido materno*	Sexo*
			<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre

Fecha de nacimiento*	Edad*	Género
/ /		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Lésbico <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Intersexual
Día Mes Año		

Tutor o responsable legal de la/el menor	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor	Edad*
-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

Datos generales de la usuaria (o)

CURP	Número de Identificación (INE)	RFC
-------------	---------------------------------------	------------

Estado conyugal actual*
<input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Viuda(o) <input type="checkbox"/> Pacto civil

Nacionalidad*	Estado de nacimiento*	Municipio de nacimiento*
<input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?		

Rol de la víctima en torno a la violencia*
<input type="checkbox"/> Pareja -Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Persona conocida <input type="checkbox"/> Anónimo

Nivel de escolaridad	¿Concluyó?
<input type="checkbox"/> Ninguno, no sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ninguno, sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> Comercio/Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	

¿Por qué abandonó la escuela?
<input type="checkbox"/> Conflictos con compañeros(as) o maestros(as) <input type="checkbox"/> No le gustaba estudiar <input type="checkbox"/> Se embarazó tuvo un hijo(a)
<input type="checkbox"/> La familia no la(o) dejó seguir estudiando <input type="checkbox"/> Reprobó materias <input type="checkbox"/> Tenía que dedicarse a su hogar
<input type="checkbox"/> No había escuela cerca <input type="checkbox"/> Se casó <input type="checkbox"/> Tenía que trabajar

Fuente de ingresos
<input type="checkbox"/> Trabajo formal <input type="checkbox"/> Trabajo informal <input type="checkbox"/> Depende de la pareja <input type="checkbox"/> Depende de sus hijos(as) <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Rentas

Actividad que realiza*	Tiempo en actividad	Lugar de trabajo
<input type="checkbox"/> Actividades agrícolas/artesanales <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Jubilado(a)/Pensionado(a) <input type="checkbox"/> Recibe Remesas <input type="checkbox"/> Calle o vía pública	meses	<input type="checkbox"/> Casa ajena
<input type="checkbox"/> Actividades domésticas <input type="checkbox"/> Director(a)/Jefe(a) <input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Recluso(a) <input type="checkbox"/> Casa propia		<input type="checkbox"/> Empresa/Negocio
<input type="checkbox"/> Auto-empleado(a) <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Militar/Policia <input type="checkbox"/> Servicios de vigilancia/seguridad <input type="checkbox"/> Institución		<input type="checkbox"/> Escuela
<input type="checkbox"/> Auxiliar/Técnico(a) <input type="checkbox"/> Empleada(o) <input type="checkbox"/> Oficio <input type="checkbox"/> Sin edad de trabajar (menor de 15)		
<input type="checkbox"/> Chofer/Taxista <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Operaria(o) Ingreso Mensual		\$
<input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Funcionario(a) público(a) <input type="checkbox"/> Profesionista		

¿Tiene alguna discapacidad?	Ayuda funcional que utiliza	¿Esta embarazada?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Motriz <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Intelectual		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Habla o escribe alguna lengua indígena*?	¿La víctima es migrante?	Religión
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - describa cuál	<input type="checkbox"/> Documentada(o) <input type="checkbox"/> Indocumentada(o)	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Evangélicas <input type="checkbox"/> Otra

¿Padece alguna enfermedad relevante?
<input type="checkbox"/> Crónico-degenerativas <input type="checkbox"/> Ginecológicas -genitourinarias <input type="checkbox"/> Neuropsiquiátricas <input type="checkbox"/> Osteoarticulares
<input type="checkbox"/> Gastrointestinales <input type="checkbox"/> Respiratorias <input type="checkbox"/> Infecciosas <input type="checkbox"/> Cardiovasculares

Domicilio y contacto de la usuaria (o)

País de residencia*	Estado de residencia*	Municipio de residencia*
<input type="checkbox"/> México <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Coahuila <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?	

Localidad	Calle*	Colonia*	Número*
------------------	---------------	-----------------	----------------

Código Postal	Teléfono Celular	Teléfono Fijo	Nombre del lugar de trabajo	Horario laboral
	()			

Tipo de propiedad	Tiempo de residencia en la vivienda
<input type="checkbox"/> No cuenta <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vive con un familiar <input type="checkbox"/> Vive con su pareja	

¿Con quién vive actualmente?
<input type="checkbox"/> Sola (o) <input type="checkbox"/> Cónyuge-Pareja <input type="checkbox"/> Padre/Madre - hermanos(as) <input type="checkbox"/> Hijo (a)
<input type="checkbox"/> Sola (o) con sus hijas (os) <input type="checkbox"/> Cónyuge-Pareja e hijos (as) <input type="checkbox"/> Padre/Madre con hijas (os) <input type="checkbox"/> Otros familiares
<input type="checkbox"/> Padre/Madre con Cónyuge-Pareja e hijas (os) <input type="checkbox"/> Persona conocida

¿Cuántos viven ahí?	Derechohabiente a servicios de salud
	<input type="checkbox"/> Seguro facultativo <input type="checkbox"/> Gobierno/Sindicato <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No cuenta

Información de los hijos (as)

¿Cuántos hijos(as) tiene?*

Ninguno Está embarazada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 más de 10

Nombre de hijas(os) que dependen económicamente

Sexo

Edad

Escolaridad

Hijo(a) del agresor

¿Vive violencia?

Nombre de hijas(os) que dependen económicamente	Sexo	Edad	Escolaridad	Hijo(a) del agresor	¿Vive violencia?
1	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Quién cuida a sus hijos(as) mientras trabaja?

Padre Hijo(a) mayor Pareja Conocida(o) Programa SEDESOL
 su madre Suegra Un familiar Guardería privada Nadie

Caso de violencia

Narración de circunstancias de modo, tiempo y lugar

Area for narrative description of circumstances.

Nivel de Riesgo

Sin riesgo Bajo Medio Alto Grave

Frecuencia de la violencia

Un episodio De vez en cuando Diario

Clasificación de tipos de violencia y efectos*

Violencia psicológica. Acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica.

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Abandono, indiferencia | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Humillación, insultos | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Amenaza con golpearla(o) | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Amenaza con suicidarse |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Bromas hirientes | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Ignorar, menospreciar | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Amenaza con herir a alguien cercano | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Controlar, prohibir |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Celar | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Mentir, engañar, infidelidad | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Abuso de autoridad | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Intimidación |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Chantaje | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Ridiculizar, ofender | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Acoso | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Invasión de privacidad |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Culpabilizar | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Amenaza con correrla | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Hostigamiento | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Amenaza con quitarle la vida |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Descalificar | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Gritos | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Amenaza con quitarle a sus hijos(as) | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Aislamiento, encierro |

Efectos de la violencia psicológica*

- | | | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angustia o miedo | <input type="checkbox"/> Ideación suicida | <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Intento suicida | <input type="checkbox"/> Trastorno de sueño | <input type="checkbox"/> Escasa autoestima |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento | <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de Peso | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Baja productividad |
| <input type="checkbox"/> Estrés postraumático | <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> Tristeza o aflicción | |

Violencia física. Daño no accidental usando la fuerza física u objeto.

- | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Caricias agresivas | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Empujones, tirones de pelo | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Encierro, aislamiento | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Mordidas | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Intoxicación |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Golpes | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Bofetadas, cachetadas | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Torceduras | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Heridas | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Estrangulación |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Pellizcos, rasguños | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Patadas | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Puñetazos | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Quemaduras | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Mutilación |

Aparentes áreas lesionadas

- | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cabeza | <input type="checkbox"/> Nariz | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Tórax | <input type="checkbox"/> Pies | <input type="checkbox"/> Columna | <input type="checkbox"/> Extremidades inferiores | <input type="checkbox"/> Lesión interna |
| <input type="checkbox"/> Boca | <input type="checkbox"/> Ojos | <input type="checkbox"/> Manos | <input type="checkbox"/> Glúteos | <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Pelvis | <input type="checkbox"/> Genitales | <input type="checkbox"/> Extremidades superiores | |

Efectos de la violencia física*

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amputaciones | <input type="checkbox"/> Herida | <input type="checkbox"/> Discapacidad permanente | <input type="checkbox"/> Laceración / abrasión | <input type="checkbox"/> Quemadura / corrosión |
| <input type="checkbox"/> Cicatrices | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Contusión / hematomas | <input type="checkbox"/> Luxación / esguince | <input type="checkbox"/> Muerte |

Medio que utilizó para la violencia física

Alguna parte de su cuerpo Arma de fuego Arma punzocortante Objeto

Nivel de gravedad de las lesiones

1° 2° 3°

Violencia económica. Controla o limita aspectos económicos.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Amenaza con no darle dinero | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Aduñarse del dinero |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Incumple con sus obligaciones alimentarias | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Reclamos |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Limitación de dinero | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Desvío de sustento |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Abuso económico | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Prohibición de trabajar / estudiar |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Fraude | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Explotación económica |

Efectos de la violencia económica y patrimonial*

- | | | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dejar de estudiar | <input type="checkbox"/> No recibir pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> No recibir el gasto | <input type="checkbox"/> Perder bienes |
| <input type="checkbox"/> Imposibilidad para trabajar | <input type="checkbox"/> Perder el empleo | <input type="checkbox"/> Perder propiedades | <input type="checkbox"/> Ausencia laboral |

Violencia patrimonial. Actos que afectan sus bienes

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Sustracción o retención de documentos personales |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Aduñarse de bienes |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Abuso de propiedades |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Daño de bienes muebles o inmuebles |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Destrucción de artículos personales |

Violencia sexual. Acto o intención sexual que atenta contra su integridad.

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Insinuaciones | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Acoso sexual | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Abuso sexual | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Violación vaginal/anal/bucal |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Le obliga a ver pornografía | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Manosear | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Explotación sexual | |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Hostigamiento sexual | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Forzar a una relación sexual | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> Penetración anal-vaginal con objetos | |

Efectos de la violencia sexual*

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Embarazo no deseado | <input type="checkbox"/> Lesión anal | <input type="checkbox"/> Lesión vaginal |
| <input type="checkbox"/> Desgarre | <input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Lesión bucal | <input type="checkbox"/> Sangrado |

Violencia obstétrica. Acción u omisión por parte del personal de salud que dañe a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Negación de servicios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trato degradante, humillaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Practicar cesárea sin consentimiento
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tacto innecesario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Negación del apego del recién nacido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aplicar exceso de medicamento
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aplicar anticonceptivos sin consentimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comentarios sarcásticos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obligar a parir de alguna forma en contra de su voluntad

Efectos de la violencia obstétrica

<input type="checkbox"/> Aborto forzoso	<input type="checkbox"/> Desgarre	<input type="checkbox"/> Depresión posparto	<input type="checkbox"/> Sangrado, hemorragia	<input type="checkbox"/> Mortalidad materna
<input type="checkbox"/> Esterilidad	<input type="checkbox"/> Coito doloroso	<input type="checkbox"/> Estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Secuelas para el(la) recién nacido	<input type="checkbox"/> Incontinencia

Violencia política. Acción que cause daño a mujeres candidatas, electas o designadas en el ejercicio de sus derechos político-electorales.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Imposición de actividades en base a estereotipos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Impedir su incorporación al cargo teniendo licencia o permiso
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Limitación o restricción de la función política	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Restricción de su participación en sesiones o reuniones
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obstruir a mujeres electas el acceso a sesiones o reuniones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Imponer sanciones injustificadas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discriminación de la mujer electa o designada en estado de embarazo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Divulgar información dañando su dignidad

Efectos de la violencia política

<input type="checkbox"/> Imposibilidad de cumplir con sus funciones políticas	<input type="checkbox"/> Renuncia de su cargo	<input type="checkbox"/> Menoscabar su dignidad	<input type="checkbox"/> Desaparición
-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-------------------------------------------------	---------------------------------------

Violencia mediática. Publicación de imágenes estereotipadas en anuncios, comerciales, etc.

Difusión de imágenes sexistas

Efectos de la violencia mediática

Promoción y normalización de desigualdad y violencia contra la mujer

Modalidad de la violencia y relación con el generador (a) de violencia*

<input type="checkbox"/> En la comunidad	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> Laboral
<input type="checkbox"/> Vecino (a)	<input type="checkbox"/> Abuelo (a)	<input type="checkbox"/> Servidor Público	<input type="checkbox"/> Compañero (a) de trabajo
<input type="checkbox"/> Amigo (a)	<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Jefe (a) o patrón (a)
<input type="checkbox"/> Persona conocida	<input type="checkbox"/> Ex Pareja	<input type="checkbox"/> Tío(a)	<input type="checkbox"/> Persona Moral
<input type="checkbox"/> Desconocido (a)	<input type="checkbox"/> Hermano (a)	<input type="checkbox"/> Suegro(a)	<input type="checkbox"/> En el noviazgo
	<input type="checkbox"/> Hijo (a)	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Pareja-Novio(a)
	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Otro familiar	<input type="checkbox"/> Ex Pareja
		<input type="checkbox"/> Docente	
		<input type="checkbox"/> Profesor (a)	
		<input type="checkbox"/> Compañero(a)	

Lugar de los hechos*

<input type="checkbox"/> Espacio particular	<input type="checkbox"/> Espacio público	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Central de autobuses	<input type="checkbox"/> Autobús
<input type="checkbox"/> Empresa/Negocio	<input type="checkbox"/> Centro comercial	<input type="checkbox"/> Instituciones gubernamentales
<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Centro comunitario	<input type="checkbox"/> Jardín o parque
<input type="checkbox"/> Redes Sociales	<input type="checkbox"/> Escuela o colegio	<input type="checkbox"/> Templo religioso
		<input type="checkbox"/> Metro
		<input type="checkbox"/> Taxi
		<input type="checkbox"/> Uber

Fecha del último hecho* **Día de la última agresión***

____ / ____ / ____ Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo Sin especificar

Día Mes Año

Hora aproximada de la agresión* **¿Fue día festivo?***

Madrugada 2-7 am Mañana 8- 11 am Tarde 12-5 pm Tarde-noche 6-9pm Noche10-1am No Sí

Factor que detona la violencia*

<input type="checkbox"/> Celos en la relación	<input type="checkbox"/> Consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Juego (apuestas)	<input type="checkbox"/> Problemas económicos
<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Infidelidad en la relación	<input type="checkbox"/> Patrón de conducta machista	<input type="checkbox"/> Problemas laborales

¿Ha sufrido violencia por su última o actual pareja en el último año?* **¿Ha sufrido violencia en su familia de origen?***

No Psicológica Física Sexual Económica/Patrimonial No Psicológica Física Sexual Económica/Patrimonial

¿Víctima de delincuencia organizada?* **¿Durante la agresión la víctima estaba bajo los efectos de alguna droga?***

No Si - describa Alcohol Marihuana Drogas sintéticas Resistol-thinner

Indicios de que sea víctima de trata de personas*

No Trabajos o servicios forzados Esclavitud Explotación sexual Servidumbre doméstica Extracción de órganos

Red de apoyo

I. Datos de la persona con la que puede contar ¿Le ha comentado la situación? No Si

Parentesco Madre Padre Hermana(o) Hijo(a) Pareja Otro familiar Persona conocida Sin red de apoyo

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Estado de residencia
			<input type="checkbox"/> Coahuila <input type="checkbox"/> Otro _____
Municipio de residencia	Calle	Colonia	Número
Teléfono Celular	Teléfono fijo	Nombre del lugar de trabajo	Horario laboral
()			

II. Datos de la persona con la que puede contar ¿Le ha comentado la situación? No Si

Parentesco Madre Padre Hermana(o) Hijo(a) Pareja Otro familiar Persona conocida Sin red de apoyo

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Estado de residencia
			<input type="checkbox"/> Coahuila <input type="checkbox"/> Otro _____
Municipio de residencia	Calle	Colonia	Número
Teléfono Celular	Teléfono fijo	Nombre del lugar de trabajo	Horario laboral
()			

Registro de la persona agresora					
¿Puede identificar al agresor(a)?*					
<input type="checkbox"/> Sí, lo(a) conoce		<input type="checkbox"/> Sí, lo(a) puede identificar		<input type="checkbox"/> No, persona desconocida	
Nombre		Apellido paterno		Apellido materno	
Alias - Apodo		Sexo*		Edad	
		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		/ /	
Género					
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Lésbico	
<input type="checkbox"/> Gay		<input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Trans	
<input type="checkbox"/> Intersexual					
Estado civil*					
<input type="checkbox"/> Soltera(o)		<input type="checkbox"/> Separada(o)		<input type="checkbox"/> Casada(o)	
<input type="checkbox"/> Divorciada(o)		<input type="checkbox"/> Unión libre		<input type="checkbox"/> Concubinato	
<input type="checkbox"/> Viuda(o)		<input type="checkbox"/> Pacto civil			
Nacionalidad		Estado de nacimiento		Municipio de nacimiento	
<input type="checkbox"/> Mexicana		<input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?			
Rol del agresor(a) en torno a la violencia*					
<input type="checkbox"/> Pareja -Cónyuge		<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Padre	
<input type="checkbox"/> Hermano(a)		<input type="checkbox"/> Hijo(a)		<input type="checkbox"/> Otro familiar	
<input type="checkbox"/> Persona conocida		<input type="checkbox"/> Anónimo			
Ultimo grado de estudios*					
<input type="checkbox"/> Ninguno, no sabe leer y escribir		<input type="checkbox"/> Preescolar		<input type="checkbox"/> Primaria	
<input type="checkbox"/> Secundaria		<input type="checkbox"/> Preparatoria		<input type="checkbox"/> Ninguno, sabe leer y escribir	
<input type="checkbox"/> Comercio/Técnica		<input type="checkbox"/> Licenciatura		<input type="checkbox"/> Maestría	
<input type="checkbox"/> Doctorado					
Fuente de ingresos					
<input type="checkbox"/> Trabajo formal		<input type="checkbox"/> Trabajo informal		<input type="checkbox"/> Depende de la pareja	
<input type="checkbox"/> Depende sus hijos(as)		<input type="checkbox"/> Ahorros		<input type="checkbox"/> Pensión	
<input type="checkbox"/> Rentas					
Actividad que realiza					
<input type="checkbox"/> Actividades agrícolas/artesanales		<input type="checkbox"/> Desempleado(a)		<input type="checkbox"/> Jubilado(a)/Pensionado(a)	
<input type="checkbox"/> Actividades domésticas		<input type="checkbox"/> Director(a)/Jefe(a)		<input type="checkbox"/> Limpieza	
<input type="checkbox"/> Auto-empleado(a)		<input type="checkbox"/> Docente		<input type="checkbox"/> Militar/Policia	
<input type="checkbox"/> Auxiliar/Técnico(a)		<input type="checkbox"/> Empleada(o)		<input type="checkbox"/> Oficio	
<input type="checkbox"/> Chofer/Taxista		<input type="checkbox"/> Estudiante		<input type="checkbox"/> Operaria(o)	
<input type="checkbox"/> Comerciante		<input type="checkbox"/> Funcionario(a)		<input type="checkbox"/> Profesionista	
				Ingreso Mensual	
				\$	
¿Tiene alguna discapacidad? Ayuda funcional que utiliza					
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Auditiva		<input type="checkbox"/> Motriz	
<input type="checkbox"/> Visual		<input type="checkbox"/> Intelectual			
¿Habla o escribe alguna lengua indígena? Describa si padece alguna enfermedad relevante					
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí - Describa cuál			
Datos del Domicilio del agresor(a) -En caso de ser diferente al domicilio de la víctima					
País de residencia*		Estado de residencia*		Municipio de residencia*	
<input type="checkbox"/> México		<input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?		<input type="checkbox"/> Coahuila	
<input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?					
Localidad		Calle		Colonia	
Código Postal		Teléfono Celular		Teléfono fijo	
		()			
				Nombre del lugar de trabajo	
Horario laboral					
Adicciones*					
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Alcoholismo		<input type="checkbox"/> Consumo de drogas	
<input type="checkbox"/> Apuestas		<input type="checkbox"/> ¿Durante la agresión estaba bajo los efectos de algún estupefaciente?*		<input type="checkbox"/> Alcohol	
<input type="checkbox"/> Alcohol		<input type="checkbox"/> Marihuana		<input type="checkbox"/> Drogas sintéticas	
<input type="checkbox"/> Resistol-thinner					
¿Pertenece a alguna corporación policiaca? ¿Pertenece a alguna organización delictiva o de actividad ilícita?					
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál?		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> Sí	
¿Usa algún arma para amenazarla?*					
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Arma blanca (cuchillo, machete, navaja, daga)		<input type="checkbox"/> Arma contundente (Palo, martillo, mazo)	
<input type="checkbox"/> Arma de Fuego (pistola, rifle)		<input type="checkbox"/> ¿Porta el arma?*		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> Sí	
¿Anteriormente ha cometido algún delito? ¿Cuenta con antecedentes legales? Calidad de agresor					
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál?		<input type="checkbox"/> Trámite familiar	
<input type="checkbox"/> Denuncia		<input type="checkbox"/> Indiciado(a)		<input type="checkbox"/> Procesado(a)	
<input type="checkbox"/> Sentenciado(a)					
¿Conoce alguna autoridad de este asunto?*					
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál?		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> Sí	

En el Instituto Coahuilense de las Mujeres con domicilio en carretera central Km 5 y Blvd. Centenario de Torreón, Col. El Toreo C.P. 25298, nos comprometemos al manejo y tratamiento responsable de los datos personales proporcionados por usted, en los trámites que se ofrecen en esta oficina a través de las distintas unidades administrativas operadas por la misma, por lo que es indispensable el otorgamiento de sus datos a través del consentimiento expreso por escrito. Por otra parte, se hace de su conocimiento que existe la posibilidad que sus datos sean transmitidos a otra unidad a efecto de continuar con el apoyo legal o psicológico que se le brinde. En ningún caso serán comercializados, y su difusión y distribución se limitará a lo estipulado por los artículos 16, fracciones 68 y 72 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Coahuila de Zaragoza.

Nombre y firma de la usuaria(o)	Nombre y firma de quién otorga la atención
---------------------------------	--------------------------------------------



**INSTITUTO COAHUILENSE DE LAS MUJERES
TRABAJO SOCIAL**

Atención por primera vez

Folio / No. de caso _____

Intervención en crisis (), Entrevista inicial (), Diagnóstico (), Canalización interna (), Canalización externa (), Gestoría (), Orientación ()

Fecha de atención: _____

Hora de inicio _____ Hora de salida _____

Nombre de usuaria: _____

Descripción: _____

Canalización Interna

- () Psicología
- () Jurídico
- () Financiera
- () Bolsa de trabajo
- () Seguro de jefas de familia
- () Seguro popular
- () Registro Civil

Acompañamiento y vinculación

- () CJEM
- () Servicios Médicos
- () Ministerio Público
- () Refugio
- () SEDU
- () Otro ¿Cuál? _____

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

INDESOL
INSTITUTO NACIONAL DE
DESARROLLO SOCIAL

Programa de Apoyo a las
Instancias de Mujeres en
las Entidades Federativas,
PAIMEF



ICM INSTITUTO COAHUILENSE
DE LAS MUJERES

SEGUIMIENTO: () Programado () No programado

Intervención en crisis (), Canalización interna (), Canalización externa (), Gestoría (), Orientación (), Seguimiento telefónico ()
Seguimiento domiciliario ()

Fecha de atención: _____

Hora de inicio _____ Hora de salida _____

Observaciones: _____

Siguiente cita: _____

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ

SEGUIMIENTO: () Programado () No programado

Intervención en crisis (), Canalización interna (), Canalización externa (), Gestoría (), Orientación (), Seguimiento telefónico ()
seguimiento domiciliario ()

Fecha de atención: _____

Hora de inicio _____ Hora de salida _____

Observaciones: _____

Siguiente cita: _____

NOMBRE Y FIRMA DE USUARIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ

En el Instituto Coahuilense de las Mujeres con domicilio en carretera central Km 5 y Blvd. Centenario de Torreón, Col. El Toreo C.P. 25298, nos comprometemos al manejo y tratamiento responsable de los datos personales proporcionados por usted, en los trámites que se ofrecen en esta oficina a través de las distintas unidades administrativas operadas por la misma, por lo que es indispensable el otorgamiento de sus datos a través del consentimiento expreso por escrito. Por otra parte, se hace de su conocimiento que existe la posibilidad que sus datos sean transmitidos a otra unidad a efecto de continuar con el apoyo legal o psicológico que se le brinde. En ningún caso serán comercializados, y su difusión y distribución se limitará a lo estipulado por los artículos 16, fracciones 68 y 72 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Coahuila de Zaragoza.

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"

Código PE-DPF-004	Versión 00	Fecha Edición 00/00/00	Vigencia 00/00/00
-----------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------------

1 Objetivo

Brindar servicios especializados, integrales y sostenidos a mujeres, sus hijas e hijos y personas allegadas en situación de violencia de género en el estado de Coahuila de Zaragoza.

2 Alcance

Este procedimiento aplica a las y los profesionistas que brindan servicios de atención especializada en materia de trabajo social, psicología y jurídica.

Nota: La situación contractual de algunos puestos son en la modalidad de honorarios.

3 Políticas de operación

- 3.1. La operación de los Centros de Atención para las Mujeres se realizará de acuerdo a lo establecido en el modelo de atención implementado en el Instituto Coahuilense de las Mujeres.
- 3.2. Las contrataciones del personal se harán de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada programa y/o proyecto en sus documentos normativos.

4 Términos y definiciones

Servicios especializados. - Son aquellos que se brindan a las mujeres en situación de violencia quienes deciden iniciar procesos orientados a la reestructuración de sus rasgos vulnerados y a la restitución de sus derechos mediante la orientación, gestión, asesoría, apoyo, referencia o canalización, seguimiento y representación.

Indicadores. - Especificaciones de carácter cuantitativo y cualitativo determinadas en la etapa de diseño del programa o proyecto, para medir el grado de obtención de propósitos (efectos) que contribuyan al logro del fin (impacto), en términos de calidad, cantidad, tiempo y espacio.

5 Responsabilidades y autoridades

En este procedimiento intervienen el (la) Coordinador (a) Regional, con el apoyo de las y los Responsables del monitoreo y seguimiento al cumplimiento de las metas y/o acciones de dichos programas y/o proyectos, y las y los profesionistas que brindan la atención (trabajo social, psicología y jurídico) bajo las siguientes responsabilidades:

- 5.1. Operar los Centros de Atención para las Mujeres de acuerdo a las metas y objetivos establecidos en los programas y/o proyectos.
- 5.2. Operar los Centros de Atención para las Mujeres de acuerdo al Modelo de Atención para las mujeres implementado en el Instituto Coahuilense de las Mujeres.

Código PE-DPF-004	Versión 00	Fecha Edición 00/00/00	Vigencia 00/00/00
-----------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------------

- 5.3. Operar los Centros de Atención para las Mujeres considerando lo establecido en el Programa de Monitoreo y Seguimiento de los programas y/o proyectos.
- 5.4. Establecer e identificar indicadores de acuerdo a las metas y objetivos establecidos en los programas y/o proyectos.

6 Descripción de actividades

6.1 El (la) trabajador(a) social deberá identificar si se encuentra en condiciones físicas, emocionales y/o fisiológicas adecuadas para proceder a brindar la atención a la persona usuaria, en caso contrario, atenderá sus necesidades para proceder con la atención, y/o en su caso considerará la pertinencia de canalizar a la persona usuaria a otra área para su debida atención.

6.2. El (la) trabajador(a) social al considerarse en condiciones adecuadas, recibirá a la usuaria, dará la bienvenida y determinará si requiere atención médica de urgencia, en caso positivo el (la) trabajador(a) social acompañará a la persona usuaria a una institución de salud para que reciba atención médica y en el caso de que la usuaria aun y con la atención médica recibida, considera no estar en condiciones de recibir la atención del (la) trabajador(a) social, ésta/e última/o realizará un oficio de canalización y hoja de referencia y contra referencia dirigida a la institución de salud para que continúe con la atención médica necesaria, y en lo posible procurará concertar cita con la persona usuaria para brindarle la atención de acuerdo a su problemática.

6.3 Si la persona usuaria no requiere atención médica, el (la) trabajador(a) social establecerá comunicación con la usuaria, y en caso de encontrarse en crisis (la) trabajador(a) social canalizará a la persona usuaria al área psicológica para que le brinde atención de intervención en crisis.

6.4 El (la) psicólogo (a) una vez que considere que la persona usuaria se encuentra en condiciones de continuar la atención, la acompañará al área de trabajo social.

6.5 El (la) trabajador(a) social procederá a realizar la entrevista inicial haciendo el llenado de la cédula de atención, a través del cual valorará el riesgo para proceder a la canalización pertinente.

6.6 El (la) trabajador(a) social determinará si la problemática presentada por la persona usuaria es competencia de alguna de las áreas de atención del Instituto Coahuilense de las Mujeres, en caso afirmativo, se determina la ruta interna a las áreas de gestión de servicios sociales, empoderamiento, área psicológica y/o área jurídica, en caso negativo, se canaliza a la persona usuaria a la institución externa adecuada mediante oficio de canalización y hoja de referencia y contra referencia dirigida a la o el enlace de la dependencia destino.

6.7 Para las áreas de gestión de servicios sociales y empoderamiento, el (la) trabajador(a) social ofrecerá los servicios como son la generación de copias certificadas, incorporación al programa seguro de vida para jefas de familia, afiliación al seguro popular, gestoría de servicios en dependencias externas, acceso a educación, trabajo y programa financiera para las mujeres.

6.8 Cuando se defina que la persona usuaria requiere atención psicológica, (la) trabajador (a) social notificará a la (el) psicóloga (o) vía verbal y/o telefónica la canalización de la persona usuaria para su atención, para lo cual el (la) psicólogo (a) se prepara para la atención, atendiendo cualquier necesidad física, emocional o fisiológica para proceder a brindar la atención mediante una escucha activa asegurando una atención con calidad y calidez a la persona usuaria.

6.9 El (la) trabajador (a) social acompañará a la persona usuaria al área de psicología, procediendo a la presentación entre la persona usuaria y el (la) psicólogo (a); entregando a su vez de manera presencial y en físico la cédula de atención que levantó en la entrevista inicial.

6.10 La (el) psicóloga (o) dará la bienvenida a la persona usuaria procurando crear un ambiente de confianza y adecuado para proceder a la atención.

6.11 Para el caso en el que la persona usuaria venga acompañada de hijas (os) pequeños, el (la) psicólogo (a) se asegurará de que éstas(os) se ubiquen en un espacio adecuado, atendidas(os)

Código PE-DPF-004	Versión 00	Fecha Edición 00/00/00	Vigencia 00/00/00
----------------------	---------------	---------------------------	----------------------

por un(a) profesionista con el objetivo de que la persona usuaria se mantenga tranquila para proceder a la atención especializada.

6.12 Para el caso de que las personas menores presenten alguna necesidad que implique el uso de espacios comunes (baños, comedor, sala de juegos) el (la) profesionista mantendrá informada a la persona usuaria cualquier movimiento de sus acompañantes, en caso de que cualquier movimiento se presente a mitad de la atención, el (la) profesionista informará mediante nota escrita a la o el psicólogo(a), y ésta (e) verá la oportunidad de notificar a la persona usuaria.

6.13 En caso de que la usuaria canalizada se encuentre en crisis, el (la) psicólogo (a) otorgará antes de cualquier procedimiento, la contención emocional o los primeros auxilios psicológicos, en caso contrario, el (la) psicólogo (a) procederá con ayuda de cédula de atención a realizar la entrevista inicial psicológica.

6.14 El (la) psicólogo (a) después de valorar los hallazgos en la entrevista, evaluará la pertinencia de que la persona usuaria pueda ser atendida en el centro de atención, o por el contrario, amerite una canalización a una institución de salud mental para su valoración.

6.15 En el caso de que el (la) psicólogo (a) determine la pertinencia de que la persona usuaria sea atendida en el Centro de Atención, el (la) psicólogo (a) brindará el servicio psicológico con enfoque de género y psicoeducación en el ciclo de violencia.

6.16 El (la) psicólogo (a) antes de proceder a brindar la primera sesión de atención, aplicará el cuestionario para identificar el índice de empoderamiento de la persona usuaria, instrumento que sirve para medir el impacto de la atención psicológica en cada una de las usuarias.

6.17 El (la) psicólogo (a) a partir de la primera atención diagnosticará el nivel de violencia que presenta la persona usuaria, esto le permitirá definir el protocolo individual o grupal de atención a trabajar de acuerdo a las características que presenta la persona usuaria. Dicho protocolo o plan de acción se discutirá con la persona usuaria a fin de que esté enterada (o) de sus necesidades de atención.

6.18 El (la) psicólogo (a) una vez definido el plan de acción, procederá a integrar una agenda de citas, iniciando por concertar la primera sesión, y si es el caso, se concluirá la atención psicológica en caso de que la (el) psicóloga (o) así lo determine, en éste último supuesto, el (la) psicólogo (a) aplicará la encuesta para determinar el índice de empoderamiento al finalizar el proceso de atención y la encuesta de satisfacción de la atención recibida. Finalmente, el (la) psicólogo (a) redactará un informe de la atención y las razones por las que dio por terminado el caso, dicho informe el (la) psicólogo (a) lo anexará al expediente junto con los instrumentos sobre el índice de empoderamiento y encuesta de satisfacción.

6.19 En caso de que la persona usuaria no asista a su siguiente cita, el (la) psicólogo (a) notificará al área de trabajo social para su seguimiento.

6.20 El (la) trabajador (a) social procederá a dar el seguimiento a la persona usuaria reportada por el área psicológica, ya sea vía telefónica o mediante una visita domiciliaria.

6.21 El (la) psicólogo (a) para el caso en el que la persona usuaria asista a sus citas de acuerdo a lo programado, aplicará el protocolo establecido en cada una de las 12 sesiones psicológicas a partir de la terapia cognitivo-conductual, estableciendo con la persona usuaria el objetivo de los ejercicios que ahí se establezcan de acuerdo a sus necesidades.

6.22 La (el) psicóloga (o) dará continuidad a cada sesión mediante el llenado de fichas de seguimiento, en las que documentará lo trabajado durante cada una de las sesiones y el progreso que presenta la persona usuaria.

6.23 El (la) psicólogo (a) de acuerdo a su programa de sesiones y los progresos que la persona usuaria presenta, determinará su alta.

6.24 El (a) psicólogo (a) al determinar un alta de una persona usuaria, procederá a la aplicación de encuestas para determinar el índice de empoderamiento de la persona usuaria y la de satisfacción, además de elaborar un informe de cierre de caso, los cuales deberá integrar al expediente.

Código	Versión	Fecha Edición	Vigencia
PE-DPF-004	00	00/00/00	00/00/00

6.25 Para el caso de que el (la) trabajador (a) social determine que la necesidad de la persona usuaria es en materia jurídica, notificará a la (el) abogada (o) vía telefónica o verbal la canalización de una usuaria.

6.26 El (la) abogado (a) procede a prepararse para brindar la atención, atendiendo cualquier necesidad física, emocional o fisiológica para proceder a brindar la atención a la persona usuaria mediante una escucha activa, asegurando una atención con calidad y calidez.

6.27 El (la) trabajador (a) social acompañará a la persona usuaria al área jurídica y realizará la presentación entre el (la) abogado (a) y la persona usuaria; entregando al (la) abogado (a) la cédula de atención que levantó en la entrevista inicial.

6.28 La (el) abogada (o) dará la bienvenida a la usuaria con el objetivo de crear un ambiente adecuado y de confianza para la persona usuaria.

6.29 Para el caso en el que la persona usuaria venga acompañada de hijas (os) pequeños, el (la) abogada (o) se asegurará de que éstas(os) se ubiquen en un espacio adecuado, atendidas(os) por un(a) profesionalista con el objetivo de que la persona usuaria se mantenga tranquila para proceder a la atención especializada.

6.30 Para el caso de que las personas menores presenten alguna necesidad que implique el uso de espacios comunes (baños, comedor, sala de juegos) el (la) profesionalista mantendrá informada a la persona usuaria cualquier movimiento de sus acompañantes, en caso de que cualquier movimiento se presente a mitad de la atención, el (la) profesionalista informará mediante nota escrita a la o el abogado (a), y ésta (e) verá la oportunidad de notificar a la persona usuaria.

6.31 El (la) abogado (a) proporcionará asesoría jurídica y dará a conocer a la persona usuaria sus derechos humanos.

6.32 A partir del caso expresado por la persona usuaria, el (la) abogado (a) explicará a la persona usuaria las posibles alternativas de solución e intervención legal, así como las características, requerimientos, ventajas y desventajas de los procesos judiciales propuestos.

6.33 El (la) abogado (o) solicitará a la persona usuaria tomar una decisión a partir de la información obtenida, para proceder a su ejecución.

6.34 El (la) abogado (a) de los Centros de Atención para las Mujeres del ICM para los casos de representación jurídica, atenderá: pensión alimenticia, divorcio, guarda y custodia y patria potestad, en el caso de los acompañamientos, la (el) abogada (o) dará el acompañamiento a la persona usuaria a las unidades del ministerio público correspondientes para levantar una denuncia o solicitar algún tipo de medidas de protección.

6.35 El (la) abogada (o) una vez identificadas las necesidades de la persona usuaria, procederá a realizar el procedimiento, o en su caso deberá programar una nueva cita a la persona usuaria, para la recepción de documentos que serán necesarios para llevar a cabo la representación del caso.

6.36 En caso de que la persona usuaria no asista a dejar los documentos en la cita programada, el (la) abogado (a) comunicará la situación al área de trabajo social, para que ésta a su vez proceda a llevar a cabo el seguimiento correspondiente.

6.37 En caso de que la persona usuaria entregue en tiempo y forma la documentación y siga las instrucciones del (la) abogado (a), éste (a) procede en la elaboración de la demanda, así como la presentación de la misma ante los juzgados y dará continuidad a todos los trámites posteriores que se deriven de la presentación de la demanda, tanto en la audiencia preparatoria como en las audiencias dentro de los juicios.

6.38 El (la) abogado (a) al finalizar el proceso jurídico, cualquiera que sea el resultado, procederá a redactar el informe final del cierre de caso, que junto con las fichas de seguimiento en las que se describe cada una de las citas con la usuaria, se anexará en la cédula de atención.

6.39 El (la) trabajador(a) social deberá dar seguimiento a los procesos de todas las personas usuarias, este seguimiento se dará de dos maneras: mediante llamadas telefónicas y visitas domiciliarias.

Código PE-DPF-004	Versión 00	Fecha Edición 00/00/00	Vigencia 00/00/00
-----------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------------

6.40 El (la) trabajador (a) social documentará el seguimiento realizado en las cédulas de seguimiento, en caso de que la persona usuaria haya concluido su proceso, el (la) trabajador (a) social identificará el motivo de conclusión, los cuales pueden ser: no disponibilidad de la persona usuaria o por conclusión de su proceso de atención.

6.41 De manera semanal, las profesionistas involucradas en la atención, elaborarán un reporte cuantitativo en el que se ingresan los servicios brindados de acuerdo a la operación, y de manera mensual un informe cualitativo con información relevante de casos de seguimiento y/o conclusión.

6.41 De manera anual el (la) Coordinador (a) regional elaborará un informe sobre el desempeño operativo de cada Centro de Atención para las Mujeres del ICM.

7 Diagrama de Flujo

Ver anexo DF-DPF-007

8 Riesgos Inherentes

Ver anexo RI-DPF-009

9 Anexos

Código	Título
DF-DPF-007	Diagrama de Flujo
RI-DPF-009	Riesgos Inherentes
F-CPF-004	Cédula de atención única
F-CPF-005	Cédula de seguimiento a la atención de trabajo social
F-CPF-006	Cédula de seguimiento a la atención de psicología
F-CPF-007	Cédula de seguimiento a la atención de jurídico
F-CPF-008	Formato referencia y contra-referencia
F-CPF-009	Informe Mensual Cualitativo
F-CPF-010	Informe Final Cualitativo de Coordinación Regional

Indicadores de resultado

- Número de mujeres atendidas
- Número de hijas e hijos atendidos
- Número de personas allegadas atendidas
- Número de mujeres, hijas e hijos y personas allegadas que desertaron
- Número de mujeres, hijas e hijos y personas allegadas que concluyeron su proceso de atención
- Número total de servicios brindados