



2026  
año de  
Margarita  
Maza



INSTITUTO MUNICIPAL DE LA MUJER CHIAUTEMPAN

ASUNTO: \_\_\_\_\_

OFICIO NO. MCHIAU/IMM/19S/\_\_\_\_/202\_\_\_\_

C.

**PRESENTE.**

Por medio del presente hago de su conocimiento que, de conformidad con el Protocolo para la atención de usuarias y víctimas en el Instituto Municipal de la Mujer, Capítulo IV de la **Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**, la C. \_\_\_\_\_, con domicilio particular en C. \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad con número telefónico \_\_\_\_\_, le fueron otorgados diversos servicios en este Instituto, quien manifiesta hechos de violencia sin o con **número de Expediente EUV** \_\_\_\_\_

Por lo que, una vez que se le brindó toda la información disponible sobre los servicios y canalizaciones que se le pueden otorgar, utilizando lenguaje claro, sencillo y empático, la usuaria manifestó su voluntad de **solicitar asesoría** \_\_\_\_\_ **y acompañamiento** ya, que derivado de los diferentes hechos de violencia que ha sufrido requiere de este servicio, con fundamento legal en la **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**.

**Asimismo, he de agradecerle, la coadyuvancia que tiene con este Instituto Municipal de la Mujer, a efecto de brindar los servicios a la usuaria.** Aprovecho la ocasión para refrendar nuestro compromiso para contribuir a prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Lo anterior con fundamento en lo dispuesto por el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4, 6 y 7 fracciones I y V, de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "BELÉM DO PARÁ"; artículos 27, 28, 29 y 30 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; 26 fracción VII de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, artículos 47 y 48 de la Ley que Garantiza el Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Tlaxcala.

**ATENTAMENTE.**

CHIAUTEMPAN, TLAX. A \_\_\_\_\_ DEL 202\_\_\_\_

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

**DIRECTORA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE LA MUJER**

C.C.P.- ARCHIVO

\_\_\_\_/\_\_\_\_

Calle Progreso Norte No. 81-A

Barrio de Tlapacoya, Centro, Chiautempan

**IDENTIDAD  
que transforma**

**Confidencial:** La información contenida en este documento es confidencial y deberá utilizarse únicamente para fines de atención y seguimiento institucional.

| 1. DATOS GENERALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | EXPEDIENTE:   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|
| Fecha de atención:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Hora:         |  |
| Nombre Completo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Teléfono:     |  |
| Institución o Establecimiento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |               |  |
| Edad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Dirección:    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Municipio:    |  |
| 2. MOTIVO DE LA VISITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |               |  |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de Información sobre los servicios del Instituto Municipal de la Mujer<br><input type="checkbox"/> Seguimiento de servicio (1) <input type="checkbox"/> Trabajo Social (2) <input type="checkbox"/> Psicología (3) <input type="checkbox"/> Jurídico (4) <input type="checkbox"/> Acompañamiento<br><input type="checkbox"/> Canalización a otra institución<br><input type="checkbox"/> Solicitud de Cita<br><input type="checkbox"/> Primera atención por situación de violencia<br><input type="checkbox"/> Invitación para tomar los servicios del IMM<br><input type="checkbox"/> Invitación a participar en programas del IMM<br><input type="checkbox"/> Otro: _____                                    |  |               |  |
| 3. MODALIDAD DE SEGUIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |  |
| <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |               |  |
| Lugar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |               |  |
| 4. SERVICIO O INFORMACIÓN PROPORCIONADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |               |  |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención y contención inmediata<br><input type="checkbox"/> Seguimiento de servicio (1) <input type="checkbox"/> Trabajo Social (2) <input type="checkbox"/> Psicología (3) <input type="checkbox"/> Jurídico (4) <input type="checkbox"/> Acompañamiento<br><input type="checkbox"/> Información sobre asesoría jurídica<br><input type="checkbox"/> Información sobre trabajo psicológico<br><input type="checkbox"/> Información sobre servicios, programas y apoyos<br><input type="checkbox"/> Información sobre talleres o capacitaciones<br><input type="checkbox"/> Información sobre puntos naranjas<br><input type="checkbox"/> Canalización (Institución a la que se canaliza (en su caso)) _____ |  |               |  |
| 5. SEGUIMIENTO Y AVANCES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |               |  |
| <input type="checkbox"/> Usuario decide no tomar el servicio en este momento<br><input type="checkbox"/> Acuerdo la usuaria realizar la visita al Instituto para seguimiento<br><input type="checkbox"/> Se realiza entrevista de primer contacto (Ficha descriptiva)<br><input type="checkbox"/> Se solicita servicios de Centro Libre Chiautempan<br><input type="checkbox"/> Se realiza acompañamiento<br><input type="checkbox"/> Imposibilidad de localización<br><input type="checkbox"/> Canalización definitiva<br><input type="checkbox"/> Se agenda cita de seguimiento<br><input type="checkbox"/> Se solicita orden de protección<br><input type="checkbox"/> Otro: _____                                                             |  |               |  |
| Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |               |  |
| 6. DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE BRINDO EL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |               |  |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |  |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Firma:        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | HORA TERMINO: |  |
| 10. NOMBRE Y FIRMA USUARIO (SERVICIO RECIBIDO):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |
| 11. Vo. DIRECTORA IMM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |               |  |



## EXPEDIENTE ÚNICO DE VÍCTIMA

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

CURP:

Sexo:

Lugar de Nacimiento:

Nacionalidad:

¿Es Extranjero?

Sí

No

### 2. MOTIVOS

Narración de los hechos:

Lugar de los hechos:

Espacio digital:

Espacio particular:

Espacio público:

Transporte foráneo:

Transporte privado:

Transporte urbano:

¿Cuál?

¿El hecho de la violencia ocurrió en el domicilio de la víctima?

Domicilio de los hechos:

País:

Estado:

Municipio:

Localidad/Pueblo/Barrio:

Código Postal:

Colonia:

Calle/Carretera/Camino:

Número exterior/Kilómetro:

Número interior:

Fecha de los hechos:

Hora:

¿Día festivo?

Sí

No

### 3. AUTORIDADES

¿Conoce alguna autoridad de este asunto?    Sí     No

¿Qué autoridad?

### 4. CLASIFICACIÓN DE LA VIOELNCIA

#### Tipo de la violencia

Digital/Cibénetica:

Económica:

Feminicida:

Física:

Otro:

Patrimonial:

Psicológica:

Sexual:

Vicaria:

#### Ámbito de la violencia

Comunidad:

Escolar/Docente:

Familiar:

Institucional:

Laboral:

Obstétrica:

Política:

### DELICUENCIA ORGANIZADA Y DENUNCIA

¿Es víctima de la delincuencia organizada?    Sí     No

¿El hecho de violencia está relacionado con una denuncia?    Sí     No

¿El hecho de violencia se encuentra relacionada con su orientación sexual o identidad de género?    Sí     No

### EFFECTOS DE LA VIOLENCIA

Aborto:

Fractura:

Muerte:

Amputaciones/avulsión:

Herida:

Cicatrices:

Confusión/Hematoma:

Laceración/Abrasión:

Congelamiento:

Dolor de cabeza:

Luxación/Esguince:

Quemadura/Corrosión:

Otro:

Ninguno:

## **Consecuencias sexuales**

Ardor vaginal:

Sangrado:

Embarazo:

Lesión vaginal:

Infección de transmisión sexual:

Desgarre:

Lesión anal:

Otro:

## **Efectos psicológicos:**

Angustia/Miedo:

Intento suicida:

Transtorno de ansiedad:

Depresión:

Problemas Nerviosos:

Encopresis:

Transtornos de sueño:

Enuresis:

Pérdida/Aumento de apetito:

Problemas nerviosos:

Estres postraumático:

Transtornos Psiquiátricos:

Ideación Suicida:

Tristeza/Aflicción:

## **Efectos Económicos y Patrimoniales**

Dejo de estudiar:

Ninguno:

No recibe pensión alimenticia:

Perdió propiedades:

Imposibilidad para trabajar/estudiar:

No recibe gastos:

Perdió el empleo:

Otro:

## **Agente de lesión**

Arma contundente:

Arma de fuego:

Arma punzocortante:

Ninguno:

Golpes:

Quemaduras:

Otro:

## Área anatómica lesionada

Abdomen:

Manos:

Cabeza:

Pies:

Espalda:

Región ocular:

Extremidades inferiores:

Cara:

Región bucal:

Otro:

Columna vertebral:

Pelvis:

Cuello:

Región genital:

Glúteos:

Extremidades superiores:

Senos:

Región anal:

Ninguno:

## 5. EN CASO DE VIOLENCIA FEMINICIDA

¿El hecho culminó en la muerte de la víctima? Sí  No

¿Cómo se clasifica? Feminicidio:  Homicidio doloso:   
Suicidio:  Otro:

¿Es víctima de la delincuencia organizada? Sí  No

¿El hecho de la violencia está con una denuncia? Sí  No

## 6. EN CASO DE VIOLENCIA SEXUAL – ÁMBITO ESCOLAR/DOCENTE

¿Qué conductas se involucraron? Física:  No verbal:  Verbal:

¿Se considera acoso u hostigamiento? Acoso:  Hostigamiento:

(Si selecciona acoso), ¿De quién proviene? ¿Compañeros/as del mismo grado?

¿Compañeros/as de otro grupo?

Otras personas sin jerarquías  
relacionadas con la escuela

Persona extraña:



## 7. EN CASO DE VIOLENCIA SEXUAL - ÁMBITO LABORAL

¿Qué conductas se involucraron? Física:  No verbal:  Verbal:

¿Se considera acoso u hostigamiento? Acoso:  Hostigamiento:

(Si selecciona acoso), ¿De quién proviene? Clientes:

Compañeros/as de trabajo:

Otras personas relacionadas  
con el trabajo:

Proveedores:

(En caso de hostigamiento) ¿De quién proviene? Compañeros/as con jerarquía:

Jefe/a inmediata:

Otras personas con jerarquía:

Otros jefes/as:

¿El hecho de la violencia está relacionado con una denuncia? Sí  No

¿El hecho de la violencia se encuentra relacionado con su  
orientación sexual o identidad de género? Sí  No

## 8. DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA

Edad:  Teléfono:  Correo:

Orientación sexual: Asexual:  Bisexual:  Gay/Homosexual:   
Heterosexual:  Lesbiana:

Identidad de género: Cisgénero:  Persona no binaria:  Transexual:   
Transgénero:  Travesti:

Código Postal:  Colonia:

Estado:  Localidad/Pueblo/Barrio:

Calle/Carretera/Camino:

Número exterior/Kilómetro:  Número interior:

Entre calle:

¿Otra referencia para ubicar el domicilio?

Estado civil:  Último grado de estudios:

Ingreso Promedio al Mes:  Principal actividad:



¿La mujer realiza más de una actividad? Sí  No

Servicio médico con el que cuenta:

¿Es migrante? Sí  No

¿Pertenece a un pueblo indígena? Sí  No

Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿La persona víctima se considera afromexicano(a), negro(a) o afrodescendiente? Sí  No  Se desconoce:

¿Presenta alguna discapacidad? Sí  No

¿Presenta alguna enfermedad? (deben enfocarse en enfermedades crónicas degenerativas) Sí  No

¿Presenta algún trastorno neurológico y de salud mental diagnosticado? Sí  No

¿Se encuentra en algún tipo de tratamiento médico? Sí  No

¿Se encuentra embarazada? Sí  No

¿Tiene hijas, hijos y/o personas dependientes? Sí  No

## 9. HIJAS, HIJOS Y/O PERSONAS DEPENDIENTES

Nombre completo:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Edad/Edad Aproximada:

Vínculo:

¿Está en riesgo? Sí  No

## 10. NAME (NIÑAS, ADOLESCENTE, MADRES Y/O EMBARAZADAS)

¿Es un caso de Niñas y Adolescentes, Madres y/o Embarazadas menores de 15 años? Sí  No

Clave del Centro Escolar:

Número de seguro social:

¿Cuenta con una red de apoyo? Sí  No



## 9. HIJAS, HIJOS Y/O PERSONAS DEPENDIENTES

Nombre completo:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Edad/Edad Aproximada:

Vínculo:

¿Está en riesgo?

Sí

No

Nombre completo:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Edad/Edad Aproximada:

Vínculo:

¿Está en riesgo?

Sí

No

Nombre completo:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Edad/Edad Aproximada:

Vínculo:

¿Está en riesgo?

Sí

No

## 11. RED DE APOYO (en caso de responder sí)

Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Vínculo:

¿Se encuentra en situación de calle? Sí  No

## 12. ADICCIONES

### Adicciones de conducta

Juego:  Internet:  Sexo:

Sectas:  Religión:  Trabajo:

Relaciones (Codependencia):

### Adicciones de Ingestión (Química)

Alcohol:  Marihuana:  Éxtasis:

Nicotina:  Heroína:  Cocaína:

Inhalantes y solventes:  Sedantes e Hipnóticos:

Anfetaminas:  Opiáceos:

### Adicciones de Ingestión (Comida)

Anorexia:  Bulimia:

:Comedor compulsivo:

## 13. DATOS DE LA PERSONA AGRESORA

¿Conoces a la persona señalada como agresora? Sí  No

(En caso de responder que Sí), Nombre completo:

Edad/Edad aproximda:  Sexo:

Vinculación con la Persona Agresora:

Identidad de Género:  Orientación Sexual:

¿Vive en el mismo domicilio que la usuaria? Sí  No



(En caso de responder No) Estado:

Municipio:  Localidad/Pueblo/Barrio:

Colonia:  Código postal:

Calle:

Número Exterior:  Número interior:

Entre calle:

¿Otra referencia para ubicar el domicilio?

Último grado de estudios?

Ingresos Promedio al mes:  Ocupación:

¿Tiene acceso a armas? Sí  No

(En caso de que la respuesta sea Sí), ¿Qué tipo?:

Arma de fuego corta:  Arma de fuego larga:

Chacos:  Macanas:

Machetes:  Objeto punzo cortante:

Otra arma blanca:  Otra arma de fuego:

Proyectil:

¿Consume algún tipo de droga?

(En caso de que Sí), ¿Cuál?

Alcohol:  Anfetaminas:  Cocaína:

Éxtasis:  Heroína:  Inhalables:

Marihuana:  Nicotina:  Opiáceos:

Sedantes e hipnóticos:  Solventes:

#### Aviso de privacidad:

Los datos personales recabados en este documento serán utilizados exclusivamente con fines estadísticos, con el objetivo de mejorar la atención y las políticas de prevención de la violencia. La información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad y conforme a lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos personales. En ningún caso será utilizada para propósitos distintos a los mencionados ni compartida con terceros sin el consentimiento de la persona titular.