

ENTREVISTA INICIAL

FECHA	Nº. EXPEDIENTE	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	ELABORO	HORA
		Si		Trabajo Social	

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

ESTADO CIVIL: CASADA UNION LIBRE MADRE SOLTERA SOLTERA DIVORCIADA SEPARADA VIUDA

DOMICILIO: _____ **Nº.** _____ **COLONIA:** _____

OCUPACIÓN: _____ **ESCOLARIDAD:** _____ **SERVICIO MEDICO:** _____

RELIGION: _____ **Tel.** _____ **Cel:** _____

Años de matrimonio y/o unión libre? _____ Dependientes económicos? _____ Cuantos hijos tiene? _____ Reconocidos? Si No

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación

NOMBRE DEL ESPOSO O PAREJA: _____

EDAD: _____ **OCUPACIÓN:** _____ **ESCOLARIDAD:** _____

¿Actualmente te encuentras separada de tu esposo o pareja? Si No Tiempo? _____

¿Cuál es el motivo de separación? _____

¿Te has separado otras ocasiones de tu pareja? Si No Nº. Veces? _____

INGRESOS FAMILIARES: _____ **PERIODO:** _____

PROVEDORES ECONOMICOS: EL ELLA AMBOS OTROS: _____

VIVIENDA: PROPIA SI NO ¿Cuántas personas la habitan? _____

TIPO DE VIOLENCIA QUE VIVE: FISICA PSICOLOGICA SEXUAL ECONOMICA PATRIMONIAL

Consumo algún medicamento o sustancia adictiva: Si No Cual: _____

REED DE APOYO

Nombre: _____ Edad: _____ Cel: _____

Ocupación: _____ Domicilio: _____

TIPO DE APOYO QUE SOLICITA POR PARTE DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE LA MUJER

Psicología Si Taller _____ Platica _____ Curso _____

DIAGNOSTICO (breve descripción del caso):

Canalización (usuaria hijas/os o allegados): 1)Área Jurídica 2)Área psicológica 3)Otro: _____

Entrevista por primera vez: