

CÉDULA DE REGISTRO USUARIA PRODEM- T.S

INFORMACIÓN INTERNA

Folio: Fecha de Ingreso:

Agente que Ingres a (Trabajador(a) Social: Municipio:

Unidad de Gestión: Atención
☐ IMM-PRODEM ☐ Red Mujeres GP ☐ Unidad Móvil dirigida a: ☐ Usuaría ☐ Indirecta

Relación con Usuaría. Hora:

IDENTIFICACIÓN DE USUARIA

Nombre de Usuaría:

Fecha de Nacimiento: Edad: Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Gay ☐ Trans

Domicilio: Calle Numero Colonia / Ejido Ciudad Estado País

Zona
☐ Rural ☐ Urbana Estado de Nacimiento: CURP:

Teléfono Fijo. Teléfono Celular.

Correo Electrónico

Situación Conyugal: ☐ Madre Soltera ☐ Casada ☐ Unión Libre
☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Concubina
☐ Separada

¿Con Quien Vive?

Nombre de Cónyuge o Pareja:

Fecha de Nacimiento : Edad:

¿Cuántos Habitan con Usuaría? Hombres Mujeres
¿Tiene Hijos? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos?

HIJOS:

#	Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

¿Quién cuida a sus hijos mientras trabaja?

¿Pertenece Usuaría algún grupo Étnico? ¿Cuál?

¿Lengua
extranjera?

Nacionalidad:

CASO DE VIOLENCIA

AMBITO DE VIOLENCIA

☐ En la comunidad	☐ Familiar	☐ Institucional
☐ Laboral	☐ Laboral	☐ Digital/ Cibernética
☐ Política	☐ Escolar/ Docente	

TIPO DE VIOLENCIA

☐ Física	☐ Psicológica	☐ Sexual
☐ Económica	☐ Patrimonial	☐ Otra
☐ Cibernética (Redes)	☐ No Sufre Violencia	

Violencia Psicológica	Violencia Física	Violencia económica y Patrimonial	Sexual
☐ Abandono/Indiferencia	☐ Caricias Agresivas	☐ Amenaza con no darle dinero	☐ Insinuaciones
☐ Bromas hirientes	☐ Golpes	☐ Incumple con obligaciones alimenticias	☐ Le obliga a ver pornografía
☐ Celos	☐ Pellizcos	☐ Limitación del dinero	☐ Hostigamiento sexual
☐ Chantaje	☐ Empujones/Tirón de Pelo	☐ Aduernarse del dinero	☐ Manosear
☐ Culpabilizar	☐ Bofetadas/ Cachetadas	☐ Prohibir trabajar/ estudiar	☐ Forzar una relación sexual
☐ Descalificar	☐ Patadas	☐ Explotación económica	☐ Acoso sexual
☐ Humillación/ Insultos	☐ Encierro/ Aislamiento	☐ Abuso de propiedades	☐ Explotación sexual
☐ Ignorar/ Menospreciar	☐ Torceduras	☐ Retención de documentos personales	☐ Penetración/ vaginal objetos
☐ Mentir/ Engañar/ Infidelidad	☐ Rasguños	☐ Daño de bienes, muebles o inmuebles	☐ Violación vaginal/ anal/ bucal
☐ Ridiculizar/ Ofender	☐ Puñetazos	☐ Destrucción de artículos personales	
☐ Amenaza con correrla	☐ Mordidas	☐ Reclamos	
☐ Gritos	☐ Heridas	☐ Fraude	
☐ Amenaza de golpes	☐ Quemaduras	☐ Abuso económico	
☐ Amenaza de herir a familiar	☐ Intoxicación	☐ Desvío de sustento	
☐ Abuso de autoridad	☐ Estrangulamiento	☐ Aduernarse de bienes	
☐ Acoso	☐ Mutilación		
☐ Hostigamiento			
☐ Amenaza con quitar hijos			
☐ Amenaza con suicidio			
☐ Controlar/ Prohibir			
☐ Intimidación			
☐ Invasión de la privacidad			
☐ Amenaza con matarla			
☐ Aislamiento/ Encierro			

EFFECTOS DE LA VIOLENCIA

Efectos psicológicos

☐ Angustia o miedo	☐ Estrés postraumático	☐ Problemas nerviosos	☐ Tristeza o aflicción
☐ Depresión	☐ Ideación suicida	☐ Trastorno de sueño	☐ Ninguno
☐ Encopresis	☐ Intento suicida	☐ Trastornos de ansiedad	☐ Otro
☐ Enuresis	☐ Pérdida o aumento de apetito	☐ Trastornos psiquiátricos	
☐ Especifique:*			

Efectos de la Violencia Física

☐ Aborto	☐ Contusión / Hematoma	☐ Laceración / Abrasión	☐ Quemadura / Corrosión
☐ Amputaciones / Avulsión	☐ Dolor de cabeza	☐ Luxación / Esguince	☐ Ninguno
☐ Cicatrices	☐ Fractura	☐ Muerte	☐ Otro
☐ Congelamiento	☐ Herida		

Agente de lesión

☐ Arma contundente	☐ Golpes	☐ Quemaduras
☐ Arma de fuego	☐ Parte del Cuerpo	☐ Otro

Área anatómica lesionada

☐ Abdomen	☐ Cuello	☐ Glúteos	☐ Región anal	☐ Senos
☐ Cabeza	☐ Espalda	☐ Manos	☐ Región bucal	☐ Tórax
☐ Cara	☐ Extremidades inferiores	☐ Pelvis	☐ Región genital	☐ Otro
☐ Columna vertebral	☐ Extremidades superiores	☐ Pies	☐ Región ocular	

Efectos económicos y patrimoniales

☐ Dejó de estudiar	☐ Perdió el empleo
☐ Imposibilidad para trabajar y/o estudiar	☐ Perdió propiedades por menoscabo en su patrimonio personal o familiar
☐ No recibe gasto	☐ Ninguno
☐ No recibe pensión alimenticia	☐ Otro

Efectos/Consecuencias sexuales

☐ Ardor vaginal	☐ Embarazo	☐ Lesión anal	☐ Lesión vaginal	☐ Ninguno
☐ Desgarre	☐ Infección de transmisión sexual	☐ Lesión bucal	☐ Sangrado	☐ Otro

¿Es víctima de delincuencia organizada? ☐ Sí ☐ No ¿El hecho está relacionado con alguna Denuncia? ☐ Sí ☐ No

Narración de los Hechos

¿El hecho ocurrió en el domicilio de la víctima?

☐ Sí

☐ No

Lugar de los
Hechos en
caso de ser
diferente al
domicilio de
víctima.

Calle

Numero

Colonia /Ejido

Ciudad

Estado

País

Fecha de los
hechos.

Hora de los
Hechos.

¿Día festivo?

¿El agresor estaba bajo los efectos de alguna droga?

¿Consume con frecuencia?

☐ Sí

☐ No

☐ Alcohol ☐ Ansiolítico ☐ Marihuana ☐ Drogas Sintéticas

¿La víctima estaba bajo los efectos de alguna droga?

¿Consume con frecuencia?

☐ Sí

☐ No

☐ Alcohol ☐ Ansiolítico ☐ Marihuana ☐ Drogas Sintéticas

¿La víctima presenta indicios

¿Utilizó algún arma para amenazarla? ¿Cuál?

De trata de personas?

☐ Sí

☐ No

¿Conoce alguna autoridad de este asunto?

☐ Sí

☐ No

¿Cuál?

Factor aparente que detonó la violencia.

☐ Celos en la relación

☐ Apuestas de juego

☐ Patrón de conducta machista.

☐ Consumo de alcohol

☐ Consumo de drogas

☐ Problemas económicos

☐ Infidelidad en la relación

☐ Problemas laborales

ANTECEDENTE DE VIOLENCIA EN LA FAMILIA

¿Ha sufrido violencia en su familia de origen?

☐ Física

☐ Económica/Patrimonial

☐ Psicológica

☐ Sexual

¿Vínculo con la persona que la violentó en su familia de origen?

☐ Abuelo(a)	☐ Hijo(a)	☐ Padre
☐ Cónyuge o pareja	☐ Madre	☐ Suegro(a)
☐ Ex pareja	☐ Nieto(a)	☐ Tío(a)
☐ Hermano(a)	☐ Padrastro	☐ Otro familiar

Si está casada o unida ¿Por qué se unió o caso? ☐ Embarazo ☐ Fue obligada ☐ Decisión de ambos

¿ha sufrido violencia por parte de su pareja en el último año ☐ Sí ☐ No

Tiempo de vivir juntos ¿Se ha separado? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas veces? ¿Por qué volvió con él?

¿Denunció? ☐ Sí ☐ No ¿Por qué no había acudido a denunciar la agresión?

¿Ha estado en algún Refugio? ¿Cuál?

PERFIL DE LA VICTIMA

ACIVIDAD QUE REALIZA

☐ Estudia	☐ Agrícola/ Artesanal	☐ Dirección/ Jefatura	☐ Desempleado
☐ Jubilada/ Pensionada	☐ Autoempleo	☐ Docencia	☐ Limpieza
☐ Trabaja en el hogar	☐ Auxiliar/ Técnica	☐ Profesionista	☐ Oficio
☐ Trabaja fuera del hogar	☐ Actividad doméstica	☐ Empleado(a)	☐ Operaria(o)
☐ Se desconoce	☐ Vigilancia/ Seguridad	☐ Estudiante	☐ Militar/ Policía
☐ Otro	☐ Chofer/ Taxista	☐ Funcionaria(o) Publico	
☐ Actividad ilícita	☐ Comerciante	☐ Jubilación/ Pensión	

¿Fuente de ingresos? ☐ Sí ☐ No

Principal fuente de Ingresos.

☐ Ahorro ☐ Herencia ☐ Pensiones ☐ Remesas ☐ Rentas ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal

¿Ingreso familiar mensual? ☐ 0-1000 ☐ 1001-2000 ☐ 2001-3000
☐ 3001-4000 ☐ 4001-5000 ☐ 5001-6000 ☐ Más

Lugar de Trabajo

☐ Calle- vía publica ☐ Fabrica ☐ Empresa/ Negocio ☐ Comercio ☐ Institución
☐ Casa ajena ☐ Campo ☐ Casa Propia ☐ Escuela ☐ Gobierno

Nombre del

Lugar de Trabajo **¿Horario Laboral?** **Ingreso Mensual:** **Perfil/Experiencia:**

Interesada en **¿Interesada en capacitarse para el trabajo?** ☐ Sí ☐ No
Encontrar trabajo: ☐ Sí ☐ No

Tipo de Vivienda: ☐ Propia ☐ Rentada ☐ Prestada **Tiempo de Residencia:**

¿Sabe Leer? **¿Sabe escribir?** **¿Concluyó?** **¿Está interesada en estudiar?**

☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No

Nivel de escolaridad: ☐ Ninguno/No sabe Leer ☐ Preescolar ☐ Secundaria ☐ Comercio/ Técnica ☐ Maestría
☐ Ninguno/ Sabe Escribir ☐ Primaria ☐ Preparatoria ☐ Licenciatura ☐ Doctorado
☐ No estudia.

Motivo de no continuar estudiando:

- ☐ Conflictos con compañeros/maestros ☐ Reprobó ☐ No había escuela cerca
☐ No le gustaba la escuela ☐ Tenía que trabajar ☐ Se casó ☐ Familia

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Servicio Medica con que cuenta:

- ☐ Gobierno Estatal ☐ ISSSTE ☐ Seguro Privado ☐ Pemex ☐ SECMAR ☐ Ninguno
☐ IMSS ☐ Seguro Popular ☐ Becas Bienestar ☐ SEDENA ☐ Otro

Salud Física

¿Por algún problema de salud ¿Cuánta dificultad tiene la víctima para...? *

➤ Caminar, subir o bajar sus pies?*	No puede hacerlo ☐	Lo hace con ☐ dificultad	Lo hace con poca ☐ dificultad	No tiene ☐ dificultad
➤ Ver (aunque use lentes)?*	No puede hacerlo ☐	Lo hace con ☐ dificultad	Lo hace con poca ☐ dificultad	No tiene ☐ dificultad
➤ Mover o usar brazos o manos?*	No puede hacerlo ☐	Lo hace con ☐ dificultad	Lo hace con poca ☐ dificultad	No tiene ☐ dificultad
➤ Aprender, recordar o concentrarse?*	No puede hacerlo ☐	Lo hace con ☐ dificultad	Lo hace con poca ☐ dificultad	No tiene ☐ dificultad
➤ Escuchar (aunque use aparato auditivo)?*	No puede hacerlo ☐	Lo hace con ☐ dificultad	Lo hace con poca ☐ dificultad	No tiene ☐ dificultad
➤ Bañarse, vestirse o comer?*	No puede hacerlo ☐	Lo hace con ☐ dificultad	Lo hace con poca ☐ dificultad	No tiene ☐ dificultad
➤ Hablar o comunicarse (por ejemplo, entender, o ser entendido por otros)?*	No puede hacerlo ☐	Lo hace con ☐ dificultad	Lo hace con poca ☐ dificultad	No tiene ☐ dificultad
➤ Por problemas emocionales o mentales, ¿Cuánta dificultad tiene la víctima para realizar sus actividades diarias (con autonomía e independencia)? Problemas como: autismo, depresión, bipolaridad, esquizofrenia, etc.*	No puede hacerlo ☐	Lo hace con ☐ dificultad	Lo hace con poca ☐ dificultad	No tiene ☐ dificultad

En caso de presentar alguna dificultad anterior, señalar la causa:

- ☐ Nació Así ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Violencia ☐ Edad avanzada ☐ Otra

¿Tiene alguna discapacidad?

Origen de discapacidad

Ayuda funcional que utiliza:

- ☐ Sí ☐ No ☐ Nació Así ☐ Enfermedad ☐ Accidente

¿Tiene alguna adicción?

¿A qué sustancia(s)?

¿Padece alguna enfermedad relevante?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Crónico/Degenerativa ☐ Respiratorias ☐ Infecciosas
☐ Gastrointestinales ☐ Osteovascular ☐ Neuropsiquiatrias
☐ Cardiovascular ☐ Ginecologicas/urinarias

Religión:

RED DE APOYO # 1

Nombre de persona

Sexo

con quien puede contar :

- ☐ Hombre ☐ Mujer

Fecha de

Nacimiento

Edad:

Domicilio:

Calle Numero Colonia / Ejido Ciudad Estado País 6

Zona	☐ Rural	☐ Urbana	Estado de Nacimiento	
Teléfono Fijo.			Teléfono Celular.	
Nombre del Lugar de Trabajo			¿Horario Laboral?	
¿Le ha comentado la situación?			Tipo de apoyo que brinda:	
☐ Sí ☐ No			☐ Económico ☐ Emocional ☐ Estructural ☐ Laboral ☐ Alimento ☐ Religioso ☐ Médico ☐ Legal ☐ Otro ☐ Salud ☐ Vivienda	

RED DE APOYO # 2

Nombre de persona con quien puede contar :	Sexo				
	☐ Hombre ☐ Mujer				
Fecha de Nacimiento	Edad:				
Domicilio:					
<i>Calle</i>	<i>Numero</i>	<i>Colonia / Ejido</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>País</i>
Estado de Nacimiento					
Teléfono Celular.					
¿Horario Laboral?					
¿Le ha comentado la situación?					
☐ Sí ☐ No					
Tipo de apoyo que brinda:					
☐ Económico ☐ Emocional ☐ Estructural ☐ Laboral ☐ Alimento ☐ Religioso ☐ Médico ☐ Legal ☐ Otro ☐ Salud ☐ Vivienda					

IDENTIFICACIÓN DE PERSONA AGRESOR(A)

Relación o vínculo con la víctima:

<u>En la comunidad:</u>	☐ Amigo(a)	☐ Desconocido(a)	☐ Conocido(a)	☐ Vecino(a)
<u>Institucional:</u>	☐ Servidor Público	☐ Medico		
<u>Laboral:</u>	☐ Compañero(a) de trabajo	☐ Jefe(a) Patrón(a)	☐ Persona Moral	
<u>Docente:</u>	☐ Compañero(a)	☐ Director(a)	☐ Profesora(a)	
<u>En el noviazgo:</u>	☐ Pareja / Novio(a)	☐ Expareja		
<u>Familiar:</u>	☐ Cónyuge/Pareja	☐ Abuelo(a)	☐ Hijo(a)	☐ Suegro(a)
	☐ Nieto(a)	☐ Padrastro(a)	☐ Tía(o)	☐ Otro familiar.

Nombre de Agresor(a):	Sexo				
	☐ Hombre ☐ Mujer				
Alias:	Fecha de Nacimiento	Edad:	Género:		
			☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Gay ☐ Trans		
Es el mismo domicilio de la víctima:		CURP:			
☐ Sí ☐ No					
Domicilio:					
<i>Calle</i>	<i>Numero</i>	<i>Colonia / Ejido</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>País</i>

Zona ☐ Rural ☐ Urbana **Estado de Nacimiento**

Teléfono Fijo. **Teléfono Celular.**

Correo Electrónico

Situación Conyugal: ☐ Madre Soltera ☐ Casada ☐ Unión Libre
☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Concubina
☐ Separada

¿Con Quien Vive?

¿Habla español? ☐ Sí ☐ No **Lengua Extranjera:** **Nacionalidad:** **¿Pertenece a grupo étnico?** ☐ Sí ☐ No **¿Cuál?**

Tipo de propiedad ☐ Propia ☐ Prestada ☐ Rentada **Tiempo de residencia:**

Calidad de probable persona agresora:
☐ Denuncia ciudadana ☐ No especificado ☐ Indiciado ☐ Acusado/procesado ☐ Sentenciado ☐ Imputado

PERFIL DEL AGRESOR(A)

Actividad que realiza

☐ Estudia	☐ Agrícola/ Artesanal	☐ Dirección/ Jefatura	☐ Desempleado
☐ Jubilada/ Pensionada	☐ Autoempleo	☐ Docencia	☐ Limpieza
☐ Trabaja en el hogar	☐ Auxiliar/ Técnica	☐ Profesionista	☐ Oficio
☐ Trabaja fuera del hogar	☐ Actividad doméstica	☐ Empleado(a)	☐ Operaria(o)
☐ Se desconoce	☐ Vigilancia/ Seguridad	☐ Estudiante	☐ Militar/ Policía
☐ Otro	☐ Chofer/ Taxista	☐ Funcionaria(o) Publico	
☐ Actividad ilícita	☐ Comerciante	☐ Jubilación/ Pensión	

¿Fuente de ingresos? ☐ Sí ☐ No

Principal fuente de Ingresos.

☐ Ahorro ☐ Herencia ☐ Pensiones ☐ Remesas ☐ Rentas ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal

¿Ingreso mensual aproximado? ☐ 0-1000 ☐ 1001-2000 ☐ 2001-3000
☐ 3001-4000 ☐ 4001-5000 ☐ 5001-6000 ☐ Más

Lugar de Trabajo

☐ Calle- vía publica ☐ Fabrica ☐ Empresa/ Negocio ☐ Comercio ☐ Institución
☐ Casa ajena ☐ Campo ☐ Casa Propia ☐ Escuela ☐ Gobierno

Nombre del

Lugar de Trabajo

¿Horario Laboral?

Servicio Medica con que cuenta:

☐ Gobierno Estatal ☐ ISSSTE ☐ Seguro Privado ☐ Pemex ☐ SECMAR ☐ Ninguno
☐ IMSS ☐ Seguro Popular ☐ Becas Bienestar ☐ SEDENA ☐ Otro

¿Sabe Leer?

☐ Sí ☐ No

¿Sabe escribir?

☐ Sí ☐ No

¿Concluyó?

☐ Sí ☐ No

Nivel de escolaridad: ☐ Ninguno/ No sabe Leer ☐ Preescolar ☐ Secundaria ☐ Comercio/ Técnica ☐ Maestría
☐ Ninguno/ Sabe Escribir ☐ Primaria ☐ Preparatoria ☐ Licenciatura ☐ Doctorado
☐ No estudia.

¿Tiene alguna discapacidad?

☐ Sí ☐ No

Origen de discapacidad

☐ Nació Así ☐ Enfermedad ☐ Accidente

Ayuda funcional que utiliza:

¿Tiene alguna adicción?

☐ Sí ☐ No

¿A qué sustancia(s)?

¿Padece alguna enfermedad relevante?

- ☐ Sí ☐ No
 ☐ Crónico/Degenerativa ☐ Respiratorias ☐ Infecciosas
☐ Gastrointestinales ☐ Osteovascular ☐ Neuropsiquiátricas
☐ Cardiovascular ☐ Ginecológicas/urinarias

¿El agresor es migrante?

- ☐ Sí ☐ No

¿Pertenece algún grupo étnico?

- ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?

Religión

¿Pertenece alguna corporación policiaca?

- ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Pertenece algún grupo delictivo o ilícito?

- ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Anteriormente ha cometido algún delito?

- ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Cuenta con antecedentes legales?

- ☐ Sí ☐ No

¿Puede Identificar a la Persona Agresora?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

MEDIA FILIACION

Tez (color):	Nariz (tamaño):	Ojos (color):	Cabello (forma):	Cara (tipo):	Cejas (color):	Pelo facial:	Labios (tamaño):
☐ Albina	☐ Chica	☐ Azules	☐ Chino	☐ Alargada	☐ Cano	☐ Barba	☐ Delgados
☐ Amarilla	☐ Grande	☐ Café Claro	☐ Lacio	☐ Cuadrada	☐ Castaño Claro	☐ Bigote	☐ Gruesos
☐ Blanca	☐ Mediana	☐ Café Oscuro	☐ Quebrado	☐ Ovalada	☐ Castaño Oscuro	☐ Candado	☐ Medianos
☐ Morena Clara		☐ Gris	☐ Sin cabello	☐ Redonda	☐ Entrecano	☐ Patillas	
☐ Morena Oscura		☐ Negros	☐ Otro	☐ Otro	☐ Negro	☐ Ninguno	
☐ Negra		☐ Verdes			☐ Rojo		
					☐ Rubio		
					☐ Otro		

Nariz (forma):	Ojos (tamaño):	Cabello (color):	Cabello (tamaño):	Orejas (tamaño):	Cejas (forma):	Boca (tamaño):
☐ Aguileña	☐ Ovalados	☐ Cano	☐ Calvo	☐ Grandes	☐ Hacia arriba	☐ Grande
☐ Ancha	☐ Rasgados	☐ Castaño Claro	☐ Corto	☐ Medianas	☐ Hacia abajo	☐ Mediana
☐ Recta	☐ Redondos	☐ Castaño Oscuro	☐ Largo	☐ Pequeñas	☐ Lineal	☐ Pequeña
	☐ Otro	☐ Entrecano	☐ Mediano		☐ Rectas	
		☐ Negro			☐ Separadas	
		☐ Rojo			☐ Uniceja	
		☐ Rubio				
		☐ Otro				

Complexión:	Señas Particulares (Descripción y ubicación)
Delgado ☐	
Mediano ☐	
Robusto ☐	

¿Durante los eventos estaba bajo los efectos de alguna droga?

- ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿La consume de manera cotidiana?

- ☐ Sí ☐ No

¿Posee algún tipo de arma?

- ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Porta dicha arma?

- ☐ Sí ☐ No

¿Va a presentar denuncia?

- ☐ Sí ☐ No

RUTA DE ATENCIÓN - PRODEM

Psicologica ☐	Legal ☐	Vinculación ☐
☐ Terapia Psicológica	☐ Pensión Alimenticia	☐ Vicefiscalía
	☐ Divorcio	☐ Educación Abierta
	☐ Guarda y Custodia	☐ Bolsa de Trabajo
	☐ Perdida de Patria Potestad	☐ Bienestar
	☐ Reconocimiento de Paternidad	☐ Capacitación Para el Trabajo
	☐ Incidente de Liquidación de Sociedad Conyugal	☐ Refugio
	☐ Jurisdicción Voluntaria	☐ Poder Judicial del Estado de Durango
	☐ Incidente de Incumplimiento de Pensión Alimenticia	☐ Talleres Productivos IMM
	☐ Contestación de Divorcio	☐ Otro: Especifique
	☐ Incidente de Reducción de Pensión Alimenticia	
	☐ Incidente de cambio de Cantidad a Porcentaje	
	☐ Tutela	
	☐ Medida de Protección Municipal	
	☐ Denuncia	
	☐ Acompañamiento	
	☐ Otro: Especifique	

Nombre de Trabajador(a) Social o de quien asiste a Usuaría:

Comentario: