

1. FOLIO

2. CLUES HGIMB000151

DATOS DEL AFECTADO

3. NOMBRE											
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE											
4. DERECHOHABIENTIA											
1 MSS 2 ISSSTE 3 PEMEX 4 SEDENA 5 SEMAR 6 Gob. Estatal											
7 Seguro privado 8 Seguro Popular 9 Seguro Gratuidad 10 Prospera 11 Se ignora 12 Ninguna											
5. CURP 6. AFILIACIÓN 7. EXPEDIENTE											
8-9. EDAD CUMPLIDA 10. SEXO 11. PACIENTE EMB. 12. SABE LEER Y ESCRIBIR 13. ESCOLARIDAD											
HORAS (en menores de 24 hrs) MESES (menores de 1 año) 1 Masculino 1 Si 1 Si 2 No 1 Primaria 2 Superior 3 Bachillerato											
DIAS (menores de 30 días) AÑOS (en un año o más) 2 Femenino 2 No 4 Superior 5 Otros 6 Ninguna											
14-19 DOMICILIO DE OCURRENCIA											
Calle Entre que calles Barrio o colonia											
ENTIDAD FEDERATIVA MUNICIPIO LOCALIDAD											

DATOS DEL EVENTO

20-22. FECHA OCURRENCIA 23. HORA 24. FUE DÍA FESTIVO 25. DISCAPACIDAD PREEXISTENTE											
Día Mes Año Hora Minutos Si 1 No 2 Si 1 No 2											
26. INTENCIONALIDAD 1 Accidental 2 Violencia familiar 3 Violencia No Familiar 4 Auto infligido 5 Se ignora 11 Trata de personas											
27. Si la respuesta anterior es 2 ó 3 especificar el (los) tipo(s) de violencia(s)											
6 Violencia física 7 Violencia sexual 8 Violencia psicológica 9 Violencia económica /Patrimonial 10 Abandono y/o negligencia											
28. EN CASO DE DE VIOLENCIA O EVENTO AUTOINFLINGIDO: 29. SE SOSPECHA QUE EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE:											
1 Única vez 2 Repetido 1 Alcohol 2 Droga por indicación médica 3 Drogas ilegales 4 Se ignora 5 Ninguna											
30. SITIO DE OCURRENCIA											
0 Vivienda 1 Institución residencial 2 Escuela 3 Área de deporte y atletismo 4 Vía pública peatón 5 Comercio y áreas de servicio											
6 Trabajo 7 Granja 8 Club, cantina, bar 9 Vehículo automotor público 10 Vehículo automotor privado 11 Otro 12 Lugar no especificado											
31. AGENTE DE LESION											
1 Fuego, flama, sustancia caliente/ vapor 2 Intoxicación por drogas o medicamentos 3 Pie o mano 4 Caída 5 Objeto Contundente											
6 Objeto Punzocortante 7 Golpe contra piso o pared 8 Cuerpo extraño 9 Explosión 10 Asfixia o sofocación											
11 Múltiples agentes 12 Proyectil arma de fuego 13 Ahorcamiento 14 Radiación 15 Sustancias químicas											
16 Corriente eléctrica 17 Herramienta o maquinaria 18 Sacudidas 19 Desastre natural 20 Vehículo de motor											
21 Ahogamiento por Sumersión 22 Piquete/Mordedura de animal 23 Fuerzas de la naturaleza 24 Intoxicación por plantas, hongos venenosos 25 Otra											
26 Se ignora											
32. SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHICULO MOTOR 33. USO EQUIPO DE SEGURIDAD 34. QUE EQUIPO DE SEGURIDAD UTILIZO											
EL LESIONADO ES: 1 Conductor 2 Ocupante 3 Peatón 1 Si 2 No 3 Se ignora 1 Cinturón de seguridad 2 Casco											
3 Silin para infante 4 Otro											
35. ÁREA ANATÓMICA DE MAYOR GRAVEDAD											
1 Cabeza 2 Cara 3 Región ocular 4 Cuello 5 Columna vertebral											
6 Extremidades superiores 7 Mano 8 Tórax 9 Espalda y/o Gluteos 10 Abdomen											
11 Pelvis 12 Región genital 13 Extremidades inferiores 14 Pies 15 Múltiples											
16 Otros 17 Se ignora											
36. CONSECUENCIA RESULTANTE DE MAYOR GRAVEDAD											
1 Laceración/Abrasión 2 Aplastamiento 3 Cicatrices 4 Depresión 5 Contusión/magullamiento											
6 Congelamiento 7 Aborto 8 Transtornos de ansiedad/ estrés posttraumatico 9 Quemadura/corrosión 10 Asfixia											
11 Embarazo 12 Transtornos psiquiátricos 13 Luxación/Esguince 14 Herida 15 Infección de Transmisión sexual											
16 Múltiple 17 Amputación/Avulsión 18 Fractura 19 Defunción 20 Malestar emocional											
21 Transtorno del estado de animo 22 Otra											
37. RECIBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA 38. TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA											
1 Si 2 No											

AGRESOR

39. AGRESOR 40. EDAD 41. SEXO 42. PARENTESCO CON EL AFECTADO											
1 Único 2 Más de uno AÑOS 1 Masculino 2 Femenino 1 PADRE 2 MADRE 3 CÓNYUGE/PAREJA/NOVO											
4 OTRO PARENTE 5 PADRASTRO 6 MADRASTRA											
7 CONOCIDO SIN PARENTESCO 8 DESCONOCIDO 9 HIJO/A											

ATENCIÓN

43. SE SOSPECHA QUE FUE BAJO LOS EFECTOS DE: 1 Alcohol 2 Droga por indicación médica 3 Drogas ilegales 4 Se ignora 5 Ninguna											
44-46 FECHA 47. HORA DE ATENCIÓN 48. SERVICIO DE ATENCIÓN 49. Si fue atendido en urg. escriba el tiempo de estancia en el servicio											
Día Mes Año hh mm 1 Consulta Externa 2 Hospitalización 3 Urgencias											
4 Servicio especializado en Violencia Intrafamiliar 5 Otro Servicio HH MM											
50. TIPO DE ATENCIÓN 1 Médico 2 Psicológico 3 Quirúrgico 4 Psiquiátrico 5 Consejería 6 Otro											
7 Píldora anticonceptiva de emergencia 8 Profilaxis VIH 9 Profilaxis otras ITS											
51. USUARIO REFERIDO POR: 52. DESTINO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN											
1 Unidad médica de los servicios estatales de salud 2 Unidad de salud de otra institución del sector Salud 3 Procuración de justicia 1 Domicilio 2 Traslado a otra unidad médica 3 Servicio especializado en violencia familiar y sexual 4 Consulta Externa											
4 Secretaría de educación Pública 5 Desarrollo social 6 Instituciones no gubernamentales 5 Defunción 6 Refugio o albergue 7 DIF 8 Hospitalización											
7 Sin referencia (iniciativa privada) 9 Ministerio público 10 Grupo de ayuda mutua 11 Otro											
53-56. DIAGNÓSTICOS FINALES EN ORDEN DE IMPORTANCIA CODIGO CIE-10											
1º. 2º. 3º.											
Res. afec. Principal											
57. CAUSA EXTERNA											
58. DIO AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO 1 Si 2 No											
59-60. RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 1 Médico tratante 2 Psicólogo tratante 3 Trabajador Social											
NOMBRE: FIRMA											