

SINBA SEUL-17-P DGIS

FOLIO: | | | | | | | | | |

PACIENTE AFECTADO(O)

NOMBRE:

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

C.U.R.P.:

FECHA DE NACIMIENTO:

Día

Mes

Año

ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO:

EDAD CUMPLIDA:

Horas (en menores de 24 hrs)

Días (en menores de 30 días)

Meses (en menores de 1 año)

Años (1 año y más)

SEXO:

☐

Hombre

☐

Mujer

☐

Intersexual

AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD:

☐0

No especificado

☐1

Ninguna

☐2

IMSS

☐3

ISSSTE

☐4

PEMEX

☐5

SEDENA

☐6

SEMAR

☐8

Otra

☐10

IMSS Bienestar

☐11

ISSFAM

☐14

OPD IMSS Bienestar

NÚM. AFILIACIÓN:

GRATUIDAD:

☐1

Sí

☐2

No

☐99

Se ignora

ESCOLARIDAD:

☐1

Ninguna

☐3

Primaria

☐5

Secundaria

☐7

Bachillerato o preparatoria

☐8

Profesional

☐10

Posgrado

☐99

Se ignora

ESCOLARIDAD SELECCIONADA:

☐1

Completa

☐2

Incompleta

SABE LEER Y ESCRIBIR:

☐1

Sí

☐2

No

¿SE CONSIDERA INDÍGENA?

☐1

Sí

☐2

No

¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

☐1

Sí

☐2

No

¿CUÁL?

Especifique

Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, serán considerados como ta

¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO?

☐1

Sí

☐2

No

¿ES MIGRANTE RETORNADO?

☐1

Sí

☐2

No

Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (paisanc

MUJER EN EDAD FÉRTIL:

Sí el evento corresponde a una mujer de 9 a 59 años, especifique si la lesión o violencia ocurrió durante:

☐1

Embarazo

☐2

Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico)

☐3

No estaba embarazada ni en el puerperio

DIFICULTAD (DISCAPACIDAD):

☐1

Sí

☐2

No

SEMANAS DE GESTACIÓN:

REFERIDA(O) POR:

☐1

Unidad médica

Nombre:

CLUES:

☐2

Procuración de Justicia

☐3

Secretaría de Educación Pública

☐4

Desarrollo Social

☐5

DIF

☐6

Otras instituciones gubernamentales

☐7

Instituciones No gubernamentales

☐8

Sin referencia (iniciativa propia)

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA:

Día

Mes

Año

HH

:

MM

FUE DÍA FESTIVO:

☐1

Sí

☐2

No

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 lugar

Especifique

☐12

Lugar no especificado

DOMICLIO DE OCURRENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA:

MUNICIPIO O ALCALDÍA:

LOCALIDAD:

CÓDIGO POSTAL:

TIPO DE LA VIALIDAD:

NOMBRE DE LA VIALIDAD:

NÚM. EXT.:

NÚM. INT.:

TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO:

NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO:

INTENCIONALIDAD DEL EVENTO:

☐1

Accidental

☐2

Violencia familiar

☐3

Violencia No familiar

☐4

Autoinfligido

☐11

Trata de personas

AGENTE DE LA LESIÓN:

☐1

Fuego, flama, sustancia caliente/vapor

☐5

Objeto contundente

☐10

Asfixia o sofocación

☐15

Sustancias químicas

☐20

Vehículo de motor

☐24

Intoxicación por plantas, hongos: venenosos

☐2

Intoxicación por drogas o medicamentos

☐6

Objeto punzocortante

☐11

Múltiples agentes

☐16

Corriente eléctrica

☐21

Ahogamiento por sumersión

☐25

Otro

Especifique

☐3

Pie o mano

☐7

Golpe contra piso o pared

☐12

Proyectil arma de fuego

☐17

Herramienta o maquinaria

☐22

Piquete / mordedura de animal

☐26

Se ignora

☐4

Caída

☐8

Cuerpo extraño

☐13

Ahorcamiento

☐18

Sacudidas

☐23

Fuerzas de la naturaleza

☐27

No aplica

RECIBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA:

☐1

Sí

☐2

No

TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA:

HH

:

MM

SE SOSPECHA QUE LA/EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE:

☐1

Alcohol

☐2

Droga por indicación médica

☐3

Drogas ilegales

☐4

Se ignora

☐5

Ninguna

ACCIDENTE

SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR:

☐1

Sí

☐2

No

LA/EL LESIONADA(O) ES:

☐1

Conductor

☐2

Ocupante

☐3

Peatón

USÓ EQUIPO DE SEGURIDAD:

☐1

Sí

☐2

No

☐3

Se ignora

¿QUÉ EQUIPO DE SEGURIDAD UTILIZÓ?:

☐1

Cinturón de seguridad

☐2

Casco

☐3

Sillín porta infante

☐4

Otro

Especifique

VIOLENCIA

TIPO DE VIOLENCIA:

☐6

Violencia física

☐7

Violencia sexual

☐8

Violencia psicológica

☐9

Violencia económica/patrimonial

☐10

Abandono y/o negligencia

AGRESOR(A):

NÚM. DE AGRESORES:

☐1

Única(o)

☐2

Más de una(o)

PARENTESCO CON LA/EL AFECTADA(O) :

SEXO DEL/LA AGRESOR(A):

☐1

Masculino

☐2

Femenino

EDAD DEL/LA AGRESOR(A):

Años

EL/LA AGRESOR(A) SE SOSPECHA QUE ACTUÓ BAJO LOS EFECTOS DE:

☐1

Alcohol

☐2

Droga por indicación médica

☐3

Drogas ilegales

☐4

Se ignora

☐5

Ninguna

EN CASO DE EVENTO AUTOINFLIGIDO, EL EVENTO OCURRIÓ:

☐1

Única vez

☐2

Repetido

FECHA Y HORA DE ATENCIÓN:

Día

Mes

Año

HH

:

MM

SERVICIO QUE OTORGÓ LA ATENCIÓN:

☐1

Consulta externa

☐2

Hospitalización

☐3

Urgencias

☐4

Servicio especializado de atención a la violencia

☐5

Otro servicio

Especifique

TIPO DE ATENCIÓN:

☐1

Médica

☐2

Psicológica

☐3

Quirúrgica

☐4

Psiquiátrica

☐5

Consejería

☐6

Otra

☐7

Pildora anticonceptiva de emergencia

☐8

Profilaxis VIH

☐9

Profilaxis otras ITS

☐10

IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo)

☐11

Vacuna VPH

ÁREA ANATÓMICA DE MAYOR GRAVED