



Nº 10046
SANTANDER en SERIO

FICHA EPIDEMIOLOGICA
Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género
Red de Fomento del Buen Trato Bucaramanga
Secretaría de Salud de Santander
PROGRAMA DE SALUD MENTAL
 www.saludmental@saludsantander.gov.co
 Teléfono: 633 6233 - Ext. 254 - Fax: 642 1060 - Bucaramanga

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICÓ EL CASO

1 - Nombre de la Unidad		2 - Fecha de consulta		
		Día	Mes	Año
3 - Municipio				
4 - Atención por				
Consulta directa	<input type="checkbox"/>	Consulta indirecta	<input type="checkbox"/>	Remisión <input type="checkbox"/>
				Búsqueda <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACIÓN DEL AGREDIDO

5 - Nombres y Apellidos Completos del Agredido(a)				
6 - Nombre padres y/o cuidador del Agredido(a)				
7 - Tipo de Identificación				
C.C.	C.E.	T.C.	P.	R.C.
S.L.	8 - No.			
9 - Fecha de Nacimiento			10 - Edad	
Día	Mes	Año	11 - Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
12 - Municipio de residencia habitual y dirección			13 - Zona U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
14 - Barrio o Vereda			15 - Teléfono:	
16 - Grupos Especiales				
Niños de la calle <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Discapacidad mental <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>				
Otro, cual				
17 - Tipo de usuario				
Contributivo <input type="checkbox"/> Reg. Especiales <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Pobre no asegurada <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/>				
18 - Nombre de la Aseguradora				
19 - Ocupaciones				
Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/>				
20 - Nivel de Escolaridad				
Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>				
Universidad o Técnico <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>				
21 - Conformación de la familia				
Padres e hijos <input type="checkbox"/> Madre e hijos <input type="checkbox"/> Reconstruida <input type="checkbox"/> Sin familia <input type="checkbox"/> Extensa <input type="checkbox"/>				
Adoptiva <input type="checkbox"/> Ampliada <input type="checkbox"/> Sustituta <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/>				
22 - Antecedentes de violencia intrafamiliar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
23 - Factores de riesgo del agredido				
Problemas de conducta <input type="checkbox"/> Abuso de Otras Sustancias Psicoactivas <input type="checkbox"/> Problemas escolares <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/>				
Demencia senil <input type="checkbox"/> Enfermedades crónicas <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>				
Sin identificar <input type="checkbox"/> Otra, cual				
24 - Intervención realizada: Atención Médica <input type="checkbox"/> Asesoría Psicológica <input type="checkbox"/> Atención Legal <input type="checkbox"/> Protección <input type="checkbox"/> Remisión <input type="checkbox"/>				
25 - Institución a donde se remite				

IDENTIFICACIÓN DEL AGRESOR

26 - Nombres y Apellidos Completos del Posible Agresor(a)				
27 - Tipo de Identificación				
C.C.	C.E.	T.C.	P.	R.C.
S.L.	28 - No.			
29 - Relación con el agredido				
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Conocido <input type="checkbox"/> Amante <input type="checkbox"/>				
Novio <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>				
30 - Edad				
31 - Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>				
32 - Ocupación				
Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>				
33 - Barrio <input type="checkbox"/> Vereda <input type="checkbox"/>		34 - Dirección de Residencia		
35 - Factores de Riesgo del Agresor				
Crisis familiares <input type="checkbox"/> Trastorno mental <input type="checkbox"/> Percepción negativa del agredido <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/>				
Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Consumo de otras sustancias psicoactivas <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>				
Otro, cual				

RELACIONADO CON EL EVENTO O HECHO

36 - Municipio de Ocurrencia y dirección			37 - Zona U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
38 - Fecha de ocurrencia			39 - Condición final	
			Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	
40 - Tipo de evento				
V. Física <input type="checkbox"/> V. Psicológica <input type="checkbox"/> Negligencia <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> V. Sexual <input type="checkbox"/> V. Económica <input type="checkbox"/> V. Gestacional <input type="checkbox"/>				
41 - Nombre del funcionario				

OBSERVACIONES:
