



SINBA SEUL-17-P DGIS

FOLIO: | | | | | | | | |

<p>¿SE CONSIDERA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> 1 <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>No</i> Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena, serán considerados como tales.</p> <p>¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO? <input type="checkbox"/> 1 <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>No</i> Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma afromexicana, serán considerados como tales.</p>	<p>¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> 1 <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>No</i> Personas mayores de un año</p> <p>¿ES MIGRANTE RETORNADO? <input type="checkbox"/> 1 <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>No</i> Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (países).</p>	<p>¿CUÁL? _____ Especifique</p> <p>DIFICULTAD (DISCAPACIDAD): <input type="checkbox"/> 1 <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>No</i></p>
<p>¿SE IDENTIFICA COMO PARTE DE LA COMUNIDAD LGBTQ+? <input type="checkbox"/> 1 <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>No</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>Prefiere no responder</i> Personas mayores de 10 años</p>	<p>¿COMO SE IDENTIFICA? <input type="checkbox"/> 1 <i>Mujer trans</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>Hombre trans</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>Persona no binaria</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>Lesbiana</i> <input type="checkbox"/> 5 <i>Gay</i> <input type="checkbox"/> 6 <i>Bisexual</i></p>	
<p>MUJER EN EDAD FÉRTIL: <input type="checkbox"/> 1 <i>Si el evento corresponde a una mujer de 9 a 59 años, especifique si la lesión o violencia ocurrió durante:</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>Embarazo</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico)</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>No estaba embarazada ni en el puerperio</i></p>		
<p>SEMANAS DE GESTACIÓN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA: :
Día Mes Año HH MM

FUE DÍA FESTIVO: ☐ 1 *Sí* ☐ 2 *No*

DOMICILIO 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	9 Explosión	14 Radiación	19 Desastre natural	24 Intoxicación por plantas, hongos venenosos
2 Intoxicación por drogas o medicamentos	6 Objeto punzocortante	10 Asfixia o sofocación	15 Sustancias químicas	20 Vehículo de motor	25 Otro _____
3 Pie o mano	7 Golpe contra piso o pared	11 Múltiples agentes	16 Corriente eléctrica	21 Ahogamiento por sumersión	Especifique _____
4 Caída	8 Cuerpo extraño	12 Proyectil arma de fuego	17 Herramienta o maquinaria	22 Piquete / mordedura de animal	26 Se ignora
		13 Ahorcamiento	18 Sucudidas	23 Fuerzas de la naturaleza	27 No aplica

RECIBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA:	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No	
	TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA:		
	HH	:	MM

SE SOSPECHA QUE LA/EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE:	1 <input type="checkbox"/> Alcohol	2 <input type="checkbox"/> Droga por indicación médica	3 <input type="checkbox"/> Drogas ilegales	4 <input type="checkbox"/> Se ignora	5 <input type="checkbox"/> Ninguna
--	------------------------------------	--	--	--------------------------------------	------------------------------------

SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR: ☐ 1 *Sí* ☐ 2 *No*
LA/EL LESIONADO(O) ES: ☐ 1 *Conductor* ☐ 2 *Occupante* ☐ 3 *Peatón*
USÓ EQUIPO DE SEGURIDAD: ☐ 1 *Sí* ☐ 2 *No* ☐ 9 *Se ignora*

¿QUÉ EQUIPO DE SEGURIDAD UTILIZÓ?: ☐ 1 *Cinturón de seguridad* ☐ 2 *Casco* ☐ 3 *Sillín porta infante* ☐ 4 *Otro* _____

Especifique

VIOLENCIA	TIPO DE VIOLENCIA: <input type="checkbox"/> 6 Violencia física <input type="checkbox"/> 7 Violencia sexual <input type="checkbox"/> 8 Violencia psicológica <input type="checkbox"/> 9 Violencia económica/patrimonial <input type="checkbox"/> 10 Abandono y/o negligencia									
	AGRESOR(A):		NÚM. DE AGRESORES: <input type="checkbox"/> 1 Única(o) <input type="checkbox"/> 2 Más de una(o)							
	PARENTESCO CON LA/EL AFECTADA(O): <input type="text"/>				SEXO DEL/LA AGRESOR(A): <input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino		EDAD DEL/LA AGRESOR(A): <input type="text"/>			
	EL/LA AGRESOR(A) SE SOSPECHA QUE ACTUÓ BAJO LOS EFECTOS DE: <input type="checkbox"/> 1 Alcohol <input type="checkbox"/> 2 Droga por indicación médica <input type="checkbox"/> 3 Drogas ilegales <input type="checkbox"/> 4 Se ignora <input type="checkbox"/> 5 Ninguna									
	EN CASO DE EVENTO AUTOINFLIGIDO, EL EVENTO OCURRIÓ: <input type="checkbox"/> 1 Única vez <input type="checkbox"/> 2 Repetido									

FECHA Y HORA DE ATENCIÓN:	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Dia</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Mes</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Año</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">HH</div>	:	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">MM</div>	SERVICIO QUE OTORGÓ LA ATENCIÓN:	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> Consulta externa	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> Hospitalización	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">3</div> Urgencias
								<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">4</div> Servicio especializado de atención a la violencia	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">5</div> Otro servicio	Especifique

TIPO DE ATENCIÓN:

1 Médica	2 Psicológica	3 Quirúrgica	4 Psiquiátrica	5 Consejería	6 Otra	7 Píldora anticonceptiva de emergencia
8 Profilaxis VIH	9 Profilaxis otras ITS	10 IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo)	11 Vacuna VPH			

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 glúteos
10	Abdomen	11	Pelvis	12	Región genital	13	Extremidades inferiores	14	Pies	15	Múltiples	16	Otros	Especifique		17	No hubo lesión

CONSECUENCIA RESULTANTE DE MAYOR GRAVEDAD:		1 Laceración / abrasión	2 Aplastamiento	3 Cicatrices	4 Depresión	5 Contusión / magullamiento	6 Congelamiento	7 Aborto
8 Trastornos de ansiedad / estrés postraumático	9 Quemadura / corrosión	10 Asfixia	11 Embarazo	12 Trastornos psiquiátricos	13 Luxación / esguince	14 Herida	15 Infección de transmisión sexual	
16 Múltiple	17 Amputación / avulsión	18 Fractura	19 Defunción	20 Malestar emocional	21 Trastorno del estado de ánimo	22 Otra	Especifique	
								CÓDIGO CIE

AFECIONES TRATADAS	AFECCION PRINCIPAL				
	1.				
	2.				
	3.				

CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión):

¿SE DIÓ AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO?		1	Sí	2	No	¿SE DIÓ AVISO A LA PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES?		1	Sí	2	No
--------------------------------------	--	---	----	---	----	---	--	---	----	---	----

DESTINO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN:																														
1	Domicilio			2	Traslado a otra unidad médica			3	Servicio especializado atención a violencia			4	Consulta externa																	
5	Defunción:										6	Refugio o albergue			7	DIF			8	Hospitalización			9	Ministerio público			10	Grupo de ayuda mutua		

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: ☐ 1 Médica(o) tratante ☐ 2 Psicólogo(a) tratante ☐ 3 Trabajadora o trabajador social ☐ 11 Otro _____ Especifique

La/el profesional de la salud responsable de la atención prestada, quien llena este formato, no fue testigo de los hechos, sólo se limita a transcribir la información descrita verbalmente por la/el paciente afectada(o) en los apartados paciente afectada(o) y evento.

Para uso exclusivo del personal codificador