



Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO
(VIOLENCIA FAMILIAR, APÉNDICE INFORMATIVO 1)

FOLIO: 16-

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____

Localidad _____

Municipio _____

C.P. _____

Entidad Federativa _____

Servicio _____

Cama _____

Fecha de elaboración _____

Día _____ mes _____ año _____

USUARIO (A) AFECTADO (A) DE VIF

Nombre _____

Apellido paterno, _____

Apellido materno, _____

Nombre(s) _____

Edad _____ (años)

Sexo _____

1. Masculino
2. Femenino

Dirección _____

Calle _____

Número exterior _____

Número interior _____

Barrio o colonia _____

Código postal _____

Localidad _____

Municipio _____

Entidad Federativa _____

Fecha de atención médica _____

Día _____ mes _____ año _____

Hora de recepción del usuario (a) afectado (a) _____

Motivo de atención médica _____

Diagnóstico (s) _____

Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____

Plan: _____

a) Farmacoterapia _____

b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____

c) Canalización _____

Seguimiento del caso: _____

Área de trabajo social _____

Área de psicología _____

Área de medicina preventiva _____

Área de asistencia social _____

Pronóstico _____

Notificación _____

Fecha _____

Día _____ mes _____ año _____

Agencia del Ministerio Público

Presidente Municipal

Jurisdicción Sanitaria

Especificar _____

Otra instancia _____

Especificar _____

Nombre y cargo del receptor _____

No. y Nombre Agencia del Ministerio Público _____

Original: Agente Ministerio Público

c.c.p.: Expediente Clínico

c.c.p.: Minutario

Médico notificante: Nombre y Firma _____

VERSIÓN 2007 135-346-0015 AM 2016