



CÉDULA DE ATENCIÓN PARA CASOS DE HOSTIGAMIENTO SEXUAL O ACOSO SEXUAL

Datos de la atención

Fecha de atención (dd/mm/aaaa) / /	Folio de la persona en calidad afectada	Número de originales	Hora de ingreso
Tipo de atención <input type="radio"/> Presencial <input type="radio"/> Telefónica <input type="radio"/> Video llamada		Nombre de quien atiende	Hora de salida

Datos generales

Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /	Edad	Sexo <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre
Identidad de género	Orientación sexual	Teléfono
		Correo electrónico

Datos complementarios

Situación de pareja o estado civil <input type="radio"/> Casada/o <input type="radio"/> Soltera/o <input type="radio"/> Concubina/o <input type="radio"/> Noviazgo <input type="radio"/> Se desconoce				
Religión <input type="radio"/> Católica/o <input type="radio"/> Cristiana/o <input type="radio"/> Testigo de Jehová <input type="radio"/> Mormón/a <input type="radio"/> Sin religión <input type="radio"/> Se desconoce <input type="radio"/> Otro: _____				
¿Pertenece a un pueblo indígena? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	Especifique cuál pueblo indígena:		¿Habla español? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Pertenece a un grupo afrodescendiente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	¿Habla alguna otra lengua? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce		Especifique cuál lengua	

Lugar de nacimiento

País	Estado	Municipio	Localidad	¿Es migrante? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce
------	--------	-----------	-----------	---

Domicilio actual

País	Estado	Municipio	Localidad	Colonia
Calle			No. Exterior	No. Interior
Código postal				

Escolaridad

Nivel de estudios <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Preprimaria <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Licenciatura <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se desconoce				
Estatus de estudios <input type="radio"/> Terminado <input type="radio"/> Inconcluso <input type="radio"/> Se desconoce	¿Sabe leer? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce		¿Sabe escribir? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	

Perfil socioeconómico

Ocupación

- Trabajadoras/es en servicios personales y vigilancia Funcionariado, direcciones y jefaturas
 Profesionistas y personal técnico Otro _____

¿Es persona servidor/a público/a?

- Sí No

Institución

Cargo

Jefatura inmediata

Tiempo de laborar en el cargo

Condición de trabajo

- Base Contrato E.T.A

Servicio médico

- Ninguno INSABI Gobierno Estatal IMSS ISSSTE Otro _____

Salud

Condición de discapacidad

- Física Intelectual Visual
 Mental Auditiva Ninguna
 Otra _____

Enfermedad que padece

- De la sangre y de los órganos hematopoyéticos
 Transtornos mentales y del comportamiento
 Otro: _____

¿Se encuentra embarazada?

- Sí No Se desconoce

¿Cuántos meses?

Observaciones del embarazo

Redes de apoyo

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Tipo de apoyo

Teléfono

Tipo de relación

- En la comunidad Institucional Familiar
 Laboral y docente Se desconoce Otro _____

Detalle de relación

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Tipo de apoyo

Teléfono

Tipo de relación

- En la comunidad Institucional Familiar
 Laboral y docente Se desconoce Otro _____

Detalle de relación

Tipos y modalidades de violencia

Género

- Psicológica Física Sexual Patrimonial Económica Digital Otro

Laboral

- Psicológica Física Sexual Patrimonial Económica Digital Otro

Escolar

- Psicológica Física Sexual Patrimonial Económica Digital Otro

En la comunidad

- Psicológica Física Sexual Patrimonial Económica Digital Otro

Institucional

- Psicológica Física Sexual Patrimonial Económica Digital Otro



Relato de los hechos

Circunstancias de modo (¿Cómo?), tiempo (¿Cuándo?), lugar (¿Dónde?)



Datos del incidente

Fecha del incidente (dd/mm/aaaa) / /		¿El incidente ocurrió en el domicilio de la persona en calidad afectada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Horario del incidente	
Estado		Municipio	Localidad		Colonia
Calle			No. Exterior	No. Interior	Código postal
Espacio del incidente <input type="radio"/> Espacio particular <input type="radio"/> Espacio público <input type="radio"/> Comisión fuera de la oficina				¿Se encontraba sola con la persona presunta agresora? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	
Lugar del incidente	Día de la semana		Frecuencia del hecho <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Ocasional		
¿Es víctima de delincuencia organizada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			¿Es víctima de trata? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

Indicadores de riesgo de la persona en calidad afectada

1.- ¿Ha pensado en suicidarse? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	4.- ¿Está constantemente bajo la vigilancia de la persona presunta agresora? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce
2.- ¿Vive cerca de la persona presunta agresora? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	5.- ¿Considera que vive alguna situación que aumente la posibilidad de suscitarse un riesgo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce
3.- ¿Puede hacer o recibir llamadas libremente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	6.- ¿Ha recibido algún tipo de amenaza? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce

Hostigamiento sexual o Acoso sexual

¿Ha sido víctima de hostigamiento sexual? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	¿Ha sido víctima de acoso sexual? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce
¿Ha vivido alguna de las siguientes conductas o situaciones?	
<input type="radio"/> Piropos o comentarios no deseados acerca de su apariencia <input type="radio"/> Miradas morbosas o gestos sugestivos acerca de su apariencia <input type="radio"/> Presión para aceptar invitaciones a encuentros o citas no deseadas fuera del horario laboral <input type="radio"/> Cartas, llamadas telefónicas o mensajes de naturaleza sexual <input type="radio"/> Amenazas que afecten negativamente su situación laboral si no acepta las invitaciones o propuestas <input type="radio"/> Sanciones, mal trato u otras medidas disciplinarias a rechazar las proposiciones sexuales <input type="radio"/> Contacto físico no deseado <input type="radio"/> Presión para tener relaciones sexuales <input type="radio"/> Intento de violación <input type="radio"/> Violación	
En caso de sufrir hostigamiento, ¿Sabes a quién dirigirte? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	En caso de sufrir acoso, ¿Sabes a quién dirigirte? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce
¿A quién?	

Datos de la persona presunta agresora

¿Conoce a la persona presunta agresora? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce		¿Sabe su nombre? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce		¿Puede identificar a la persona presunta agresora? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	
Descripción <small>En caso de desconocer el nombre de la persona presunta agresora</small>					
Nombre(s)		Primer apellido		Segundo apellido	
Alias	Sexo <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre	Edad	Teléfono		

Lugar de nacimiento de la persona presunta agresora

País	Estado	Municipio	¿Es migrante? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce
------	--------	-----------	---

Domicilio actual de la persona presunta agresora

¿La persona agresora vive en el mismo domicilio de la persona en calidad afectada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce		País	Estado	
Municipio	Localidad	Colonia	Código postal	
Calle		No. Exterior	No. Interior	

Escolaridad de la persona presunta agresora

Nivel de estudios <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Preprimaria <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Licenciatura <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se desconoce					
Estatus de estudios <input type="radio"/> Terminado <input type="radio"/> Inconcluso <input type="radio"/> Se desconoce		¿Sabe leer? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce		¿Sabe escribir? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce	

Datos complementarios de la persona presunta agresora

Tipo de relación o vínculo con la persona en calidad afectada <input type="radio"/> Escolar <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Institucional <input type="radio"/> En la comunidad <input type="radio"/> Se desconoce <input type="radio"/> Otro _____					
--	--	--	--	--	--



Perfil socioeconómico de la persona presunta agresora

Ocupación

- Trabajadoras/es en servicios personales y vigilancia Funcionario, direcciones y jefaturas
 Profesionistas y personal técnico Otro _____

¿Es servidor/a público/a?

- Sí No Se desconoce

Cargo

Institución

Condición de trabajo

- Base Contrato E.T.A

Factores de riesgo por la persona presunta agresora

¿Posee algún tipo de arma?

- Sí No Se desconoce

Especificar arma

- Arma de fuego corta Cuchillo Machete Picahielos Otra
 Arma de fuego larga Hacha Navaja Tijeras Se desconoce

¿Porta dicha arma?

- Sí No Se desconoce

Indicadores de riesgo por la persona presunta agresora

- La persona en calidad de afectada considera que la persona presunta agresora es capaz de matarla.*
 La persona presunta agresora pertenece a una institución policial, fuerzas armadas o procuración de justicia.*
 Aumento de la frecuencia y gravedad de la violencia.
 La persona presunta agresora tiene conocimiento en el uso, acceso, trabaja o porta armas de fuego.
 Acoso, control o amedrentamiento sistemático hacia la persona en calidad de afectada.

Aquellos indicadores resaltados con un asterisco (*), por sí solos, implican un alto riesgo de muerte para las mujeres.

Control

¿El caso requiere de medida de protección?

- Sí No

¿Se informa la medida de protección?

- Sí No

¿La persona en calidad de afectada solicita la medida de protección?

- Sí No

¿La persona en calidad de afectada se encuentra indecisa de solicitar las medidas de protección por el momento?

- Sí No

Canalización

¿La persona en calidad afectada fue canalizada?

- Sí No Se desconoce

Tipo de canalización

- Psicológica Jurídica Trabajo social Médica

¿La persona en calidad afectada recibió orientación sobre instancias competentes para conocer los hechos?

- Sí No Se desconoce

Institución para canalizar

- IVM -Instituto Veracruzano de las Mujeres FGE -Fiscalía General del Estado de Veracruz
 OIC -Órgano Interno de Control Otro _____



Desde este momento la persona en calidad de afectada solicita se gestionen las medidas de protección que establece el artículo 48 del Acuerdo por el que se expide el Protocolo para la Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual en la Administración Pública Estatal, específicamente las siguientes: (Puede ser una o varias)

- 1) Prohibición a la presunta persona agresora de molestar por cualquier forma y medio a la persona en calidad de afectada, sujetándose al comportamiento que establece el artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, el Código de Ética en vigencia emitido por la Contraloría y/o el Código de Conducta vigente de cada Dependencia o Entidad de la APE.
- 2) La reubicación en lugar distinto de trabajo o de turno, en su caso, de conformidad con las condiciones generales de trabajo, salvaguardando siempre los derechos de la persona en calidad de afectada y evitando en todo momento la revictimización.
- 3) La garantía del goce de sus derechos y el apoyo para que la persona en calidad de afectada no se vea perjudicada en el desarrollo de sus actividades.
- 4) Advertir a la persona presunta agresora de las consecuencias a las que se hará acreedora de no cumplir con las medidas de protección impuestas, como lo es en su caso la solicitud en la aplicación de una medida cautelar.

Firma o huella de la persona en calidad de afectada

Nombre y firma de la persona que captura y resguardo

**AVISO SIMPLIFICADO DE PRIVACIDAD DE ATENCIÓN A MUJERES POR CASOS DE
HOSTIGAMIENTO SEXUAL O ACOSO SEXUAL**

El Instituto Veracruzano de las Mujeres, con domicilio Calle José María Mata #2, Zona Centro, C.P. 91000, Xalapa-Enríquez, Veracruz, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la ley 316 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, y demás normatividad que resulte aplicable.

Finalidades de Tratamiento:

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades:

- Identificar qué tipo o tipos de servicio requiere y derivarla con la o las asesoras que correspondan;
- Canalizarla, de ser necesario, a la instancia competente para atención, seguimiento y representación legal en caso de ser necesario;
- Sistematizar la información para generar diagnósticos, indicadores y estadísticas cualitativas y cuantitativas sobre la violencia contra las mujeres, hostigamiento sexual o acoso sexual y;
- Coadyuvar en el diseño e implementación de políticas públicas que permitan prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, hostigamiento sexual o acoso sexual.

Se informa que no se efectuaran tratamientos adicionales a los antes mencionados.

Transferencia de datos personales.

Le informamos que sus datos personales podrían ser compartidos con autoridades y órganos distintos al Sujeto Obligado de los tres órdenes de gobierno, para los fines que se consideren necesarios, tales como:

Destinatario de los datos personales	Finalidad
• Órgano Interno de Control	• Investigación y elaboración de informe de presunta responsabilidad.
• Fiscalía General del Estado	• Recepción de denuncias, querellas; y proporcionar información que solicite dicha institución de manera oficial dentro de una Carpeta de Investigación.
• Centros y Clínicas de Salud	• Para atención Médica y/o Terapia Psicológica.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la dirección electrónica:

<http://www.ivermujeres.gob.mx/>, así como en la Unidad de Transparencia en el domicilio ubicado en la Calle José María Mata No. 2, Col. Centro, C.P. 91000 Xalapa - Enríquez, Veracruz, o por correo electrónico: unidaddeaccesoivm@veracruz.gob.mx o stransparencia2017@gmail.com