

**FORMATO ÚNICO PARA CASOS DE VIOLENCIA DE ALTO RIESGO**

**CONSEJO ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN  
 DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.  
 CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER SUS HIJOS E HIJAS ESTANCIA TEMPORAL**

Fecha de aplicación	
Derivación	Iniciativa Propia ( ) Institucional ( )
Institución	

Datos generales de la receptora	
Nombre	
Edad	Fecha de Nacimiento
Estado Civil	Tiempo de Relación
Escolaridad	Ocupación
Lugar de nacimiento	Lugar donde radica
Domicilio	
Entre las calles	
Colonia	
Teléfono	Municipio
Adicciones	Tipo de sustancia
Historial de consumo	

Progenitores	Madre	Padre
Nombre		
Domicilio		
Teléfono		
Ocupación		

Nombre de los hijos e hijas	Edad	Escolaridad	Nombre de la escuela y clave	Fecha de Nacimiento

Datos del generador	
Nombre	
Domicilio	
Edad	Teléfono
Vínculo con receptora	
Ocupación	Lugar de trabajo
Adicciones	Tipo de sustancia
Tiempo de consumo	
Antecedentes penales	Tipo de delito