

FORMATO DE REFERENCIA INTERINSTITUCIONAL

Institución que refiere: _____

Institución a la que refiere: _____

Fecha de entrevista: _____
 Día Mes Año

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER

NOMBRE: _____ EDAD: _____ AÑOS

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

ESTADO CIVIL: _____ TIEMPO DE RELACIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

TRAMITE LEGAL PREVIO: _____ CUAL/VIGENCIA: _____

¿ES INDIGENA? _____

A QUE PUEBLO O ETNIA PERTENECE: _____

HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA: _____ CUAL: _____

CUENTA CON REDES DE APOYO

| NOMBRE | PARENTESCO | TELEFONO | RESIDENCIA |
|--------|------------|----------|------------|
| | | | |
| | | | |

DATOS DE LOS HIJOS O HIJAS

| No | NOMBRE | EDAD | SEXO | ESCOLARIDAD | VIOLENCIA | DIRECTA | INDIRECTA |
|----|--------|------|------|-------------|-----------|---------|-----------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |

EN CASO DE VIOLENCIA ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES

NIVEL DE RIESGO

| | |
|-----------------------|--|
| VIOLENCIA FISICA | |
| VIOLENCIA PSICOLOGICA | |
| VIOLENCIA SEXUAL | |
| VIOLENCIA ECONÓMICA | |
| VIOLENCIA PATRIMONIAL | |
| ABANDONO | |
| TRATA | |

TRATAMIENTOS

PSICOLOGICOS _____
 PSIQUIATRICOS _____
 INTENTO DE SUICIDIO _____
 MEDICO _____

CONSUMO DE SUSTANCIAS

ALCOHOL _____
 DROGAS _____
 TABACO _____

