



**Formato de Registro de Atención a Reporte
de Maltrato a Personas Vulnerables**

Fecha de Notificación			Folio	
Día	Mes	Año		
Grupos Vulnerables				
AM	PD	GME	H	

MEDIO DE RECEPCION DEL REPORTE				
☐ Presencial	☐ Oficio turnado	☐ Vía telefonica	☐ Correo electronico	☐ Otro (especificar) _____

DATOS GENERALES DE LA VICTIMA					
Nombre (s)					
1	_____				
2	_____				
3	_____				
4	_____				
5	_____				
6	_____				
Domicilio de la Victima:					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Calle	No Exterior	No Interior	Colonia/Localidad	C.P.	Telefono
Referencias para ubicar el domicilio _____					

DATOS GENERALES DEL EVENTO	
Día de la semana en que ocurrió el evento:	L M M J V S D

PROBABLE AGRESOR									
Relación del ofendido con el probable agresor:									
☐ Familiar	☐ Esposo (a)	☐ Hijo (a)	☐ Hermano (a)	☐ Nieto (a)	☐ Otro (Especificar) _____				
☐ Extrafamiliar	☐ Ciudadanos	☐ Vecinos	☐ Conocidos	☐ Desconocido					
☐ Institucional	☐ Policia	☐ Militares	☐ Servidor público	☐ Otra persona investida de poder (indicar): _____					
Datos del probable agresor									
SI CONOCE SU IDENTIDAD NO CONOCE SU IDENTIDAD									
Si se conoce su identidad									
Nombre	Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		
Sexo	M	F							
Domicilio									
Media Filiación	Estatura aproximada:	Compleción:			Color de piel:		Color de cabello:		
		☐ Robusto	☐ Delgado	☐ Medio					
Seña (s) particular (s):									



Formato de Registro de Atención a Reporte de Maltrato a Personas Vulnerables

BREVE DESCRIPCION DEL REPORTE

TIPO DE VIOLENCIA		
☐	Física Económica	☐
☐	Psicológica Patrimonial	☐
☐	Sexual Omision de cuidados	

ACCIONES A SEGUIR					
☐	Area Jurídica	☐	Trabajo Social	☐	Area de Psicología
☐	Area Médica	☐	Otro		
☐	PPMVA EST	☐	Tribunal Superior de Justicia	☐	Jefatura de Programas Alimentarios
☐	PMPMVA	☐	Organizaciones de la Sociedad Civil	☐	UBR
☐	Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes	☐	Asistencia Social	☐	Otro (Especificar)
☐	Fiscalía General	☐	Jefatura del programa Adulto Mayor		
☐		☐	Instituto Municipal de la Mujer		
☐					Instituciones de Salud:
☐					CESAM
☐					Hospital General
☐					Hospital del Niño y la Mujer
☐					Centro de Salud
☐					CESECO
☐					Otro (especificar)

REPORTANTE			
Nombre completo:			
Teléfono:			
Parentesco o relación con la víctima:		Relación con el probable agresor	
Se advierte al solicitante para que se conduzca con verdad, en virtud de lo previsto por el artículo 284 del Código Penal del Estado de Querétaro, que establece que al teniendo la obligación legal de conducirse con verdad en un acto ante la autoridad, lo haga falsamente u ocultando la verdad, se le impondrá de 3 meses a 3 años de prisión y hasta 50 UMA de multa. Por tal motivo, DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE TANTO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA COMO LOS DATOS APORTADOS SON CIERTOS. Por tal motivo, DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE TANTO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA COMO LOS DATOS APORTADOS SON CIERTOS.			
Nombre y firma del reportante			

PERSONA QUE LLENA EL FORMATO		
Nombre completo		Firma:
Cargo		