



FECHA \_\_\_\_\_

**CARTA COMPROMISO DE PADRES**

ME COMPROMETO TRAER A CENTRO VIDHA (UNETE) A MI HIJO (A)

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ AÑOS DE EDAD, CON DX. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DÍAS A LA SEMANA, PROCURANDO LLEGAR PUNTUALMENTE A SUS TERAPIAS, SEGÚN EL HORARIO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DÍAS A LA SEMANA, PROCURANDO LLEGAR PUNTUALMENTE A SUS TERAPIAS, SEGÚN EL HORARIO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN.

ES MI DEBER TAMBIÉN AVISAR EL MOTIVO DE SU INASISTENCIA, ASÍ COMO PRESENTAR JUSTIFICACIÓN DE LA MISMA, LO MÁS PRONTO QUE ME SEA POSIBLE.

ME COMPROMETO A PAGAR LA CUOTA DE \_\_\_\_\_ PUNTUALMENTE CADA MES, DE NO SER ASÍ SE COBRARA UN RECARGO DE \$10 POR MES.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y NOMBRE DEL PADRE O TUTOR.

\_\_\_\_\_  
TRABAJADORA SOCIAL

\_\_\_\_\_  
COORDINADORA DE CENTRO VIDHA (UNETE)  
L.E.E. ANDREA CELESTE GONZALEZ DAGD



FECHA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE PADRE DE FAMILIA.**

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE**

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_  
GRADO DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ ¿DONDE LABORA? \_\_\_\_\_  
CASADO: \_\_\_\_\_ UNION LIBRE: \_\_\_\_\_ DIVORCIADO: \_\_\_\_\_ PADRE SOLTERO: \_\_\_\_\_  
¿QUIENES CONVIVEN CON EL NIÑO? \_\_\_\_\_ A QUIEN CORRESPONDE EL  
TITULAR DEL MENOR (PATRIA POTESTAD): \_\_\_\_\_  
DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_  
TELEFONO CEL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ TEL CASA: \_\_\_\_\_  
TIENE AUTO PROPIO: \_\_\_\_\_ CUENTA CON OTROS INGRESOS: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA MADRE**

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_  
GRADO DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ ¿DONDE LABORA? \_\_\_\_\_  
CASADA: \_\_\_\_\_ UNION LIBRE: \_\_\_\_\_ DIVORCIADA: \_\_\_\_\_ MADRE SOLTERA: \_\_\_\_\_  
¿QUIENES CONVIVEN CON EL NIÑO? \_\_\_\_\_ A QUIEN CORRESPONDE EL  
TITULAR DEL MENOR (PATRIA POTESTAD): \_\_\_\_\_  
DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_



**ENCUESTA DE PADRE DE FAMILIA.**

TELEFONO CEL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ TEL CASA: \_\_\_\_\_  
TIENE AUTO PROPIO: \_\_\_\_ CUENTA CON OTROS INGRESOS: \_\_\_\_ ¿A CUANTO  
HACIENDO SU GASTO MENSUAL? \_\_\_\_\_

**ARTÍCULOS DOMÉSTICOS:**

CUENTA CON TV: \_\_\_\_ LAVADORA: \_\_\_\_ REFRIGERADOR: \_\_\_\_ LICUADORA: \_\_\_\_  
ESTUFA: \_\_\_\_ COMPUTADORA: \_\_\_\_

**VIVIENDA:**

CUENTA CON CASA PROPIA: \_\_\_\_ PAGA RENTA: \_\_\_\_ ¿CUANTO PAGA? \_\_\_\_\_ TIENE  
PATIO: \_\_\_\_ CUAL ES EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO: \_\_\_\_\_ CUENTA  
CON TODOS LOS SERVICIOS: \_\_\_\_ ¿CUANTOS CUARTOS TIENE? \_\_\_\_ CATEGORÍA  
DEL LUGAR CIUDAD: \_\_\_\_\_ RANCHERÍA: \_\_\_\_\_ PUEBLO: \_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_

COMENTARIO Y SUGERENCIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ENTREVISTADO.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ENTREVISTADOR.

\_\_\_\_\_  
LEP. CATALINA MENDOZA IZQUIERDO  
DIRECTORA DEL CENDI-DIF HUIMANGUILLO



**ENCUESTA DE PADRE DE FAMILIA.**



FECHA \_\_\_\_\_

### ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ ENTIDAD \_\_\_\_\_

DATOS DE ALIMENTACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ENFERMEDADES QUE HA PRESENTADO DURANTE SU NACIMIENTO E INFANCIA

VARICELA ( ) PAPERAS ( ) SARAMPION ( ) RUBEOLA ( ) ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ( )

OTRAS \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO ACTUAL \_\_\_\_\_

QUIEN REFIERE AL MENOR A ESTA INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_

LLEVA CONTROL MEDICO \_\_\_\_\_ CADA CUANTO \_\_\_\_\_ DONDE \_\_\_\_\_

### ESTRUCTURA FAMILIAR

#### DATOS DEL PADRE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: CASADO ( ) DIVORCIADO ( ) UNION LIBRE ( ) VIUDO ( ) SEPARADO ( )

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ INGRESO MENSUAL \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

HORARIO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

INGRESO QUE DESTINA PARA TRASLADARSE AL TRABAJO \_\_\_\_\_



**DATOS DE LA MADRE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: CASADO ( ) DIVORCIADO ( ) UNION LIBRE ( ) VIUDO ( ) SEPARADO ( )  
OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ INGRESO MENSUAL \_\_\_\_\_  
DOMICILIO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_  
HORARIO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
INGRESO QUE DESTINA PARA TRASLADARSE AL TRABAJO \_\_\_\_\_

**HERMANOS**

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LA CASA DONDE VIVE ES DE:**

LADRILLO \_\_\_\_\_ MADERA \_\_\_\_\_ PISO DE CEMENTO \_\_\_\_\_ PROPIA \_\_\_\_\_  
RENTA \_\_\_\_\_ DRENAJE \_\_\_\_\_ AGUA POTABLE \_\_\_\_\_ POZO \_\_\_\_\_  
GASTOS: GAS \_\_\_\_\_ LUZ \_\_\_\_\_ ALIMENTACION \_\_\_\_\_  
MOBILIARIO  
ESTUFA \_\_\_\_\_ LAVADORA \_\_\_\_\_ LICUADORA \_\_\_\_\_ REFRIJERADOR \_\_\_\_\_ TV \_\_\_\_\_  
SERVICIOS DE SALUD  
IMSS \_\_\_\_\_ ISSET \_\_\_\_\_ ISSSTE \_\_\_\_\_ SEGURO POPULAR \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO SOCIAL:**







- **DINÁMICA FAMILIAR:**
- **SITUACIÓN ACTUAL:**

#### **IV. HISTORIA PERSONAL.**

- **DESCRIPCIÓN FÍSICA:**
- **EXAMEN MENTAL:**
- **ACTITUD FRENTE A LA SITUACIÓN.**

#### **V. PRUEBA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.**

- **OBJETIVO:**
- **METODOLOGÍA:**
  - **MÉTODO CIENTÍFICO:** Conjunto de pasos estructurados sistematizados que se utilizan para
  - **MÉTODO INDUCTIVO:** Consiste en partir la información particular recogida por sucesivas observaciones para llegar a un hecho general.
  - **MÉTODO CLÍNICO:** Es la observación minuciosa de un individuo en sí mismo como marco de referencia, basado en la utilización de entrevistas, observaciones y la utilización de ciertos instrumentos (Pruebas proyectivas) con la finalidad de obtener información más amplia de un sujeto en particular.

- **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS.**
  - Entrevista
  - Observación psicológica.
  - Test de la familia.
  - Test Proyectivo de Karen Machover.

- **Test de la Familia:**

**Evalúa fundamentalmente el estado emocional de la persona, con respecto a la adaptación del entorno familiar, nos permite reconocer ciertas orientaciones psicosociales de su funcionamiento y de su entorno.**

- **RESULTADO OBTENIDOS.**
  - **Test Proyectivo de Karen Machover.**
  - **ENTREVISTA CON (tutor responsable) ...**
  - **Entrevista con: (paciente)**

**VII.CONCLUSIONES.**

**VIII.SUGERENCIAS.**

**IX. EVOLUCIÓN.**

SESIÓN No.	FECHA:
OBJETIVO:	
DESCRIPCIÓN:	
PROX. CONSULTA. <ul style="list-style-type: none"> <li>• FECHA:</li> <li>• HORA:</li> </ul>	

SESIÓN No.	FECHA:
OBJETIVO:	
DESCRIPCIÓN:	



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DIF MUNICIPAL  
SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS  
Y ADOLESCENTES DE HUIMANGUILLO.

---



SESIÓN No.	FECHA:
OBJETIVO:	
DESCRIPCIÓN:	
PROX. CONSULTA. • FECHA: • HORA:	
PROX. CONSULTA. • FECHA: • HORA:	

---

**PSIC.**  
PSICOLOGO DE LA SECRETARIA EJECT. DEL SISTEMA MPAL. DE  
PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

## FORMATO DE ACEPTACION PARA ATENCION PSICOLOGICA

Huimanguillo, Tabasco. A \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

De acuerdo a la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, (CNDH) en su artículo 36; Niñas, Niños y Adolescentes tienen derecho a vivir una vida libre de toda forma de violencia y a que se resguarde su Integridad personal, a fin de lograr las mejores condiciones de bienestar y el libre desarrollo de su personalidad. De igual manera en su artículo 37 de ésta misma ley, las autoridades estatales y municipales están obligadas a tomar las medidas necesarias para coadyuvar y atender, en el ámbito de sus respectivas competencias, los casos en que niñas, niños y adolescentes se vean afectados por:

I. El descuido, negligencia, abandono o abuso físico, psicológico o sexual.

Yo \_\_\_\_\_ Padre o Madre  
de mi hijo (o): \_\_\_\_\_

Acepto que se otorgue la atención psicológica para que pueda recibir el apoyo que le ayude a resolver situaciones propias de la etapa que está viviendo; esto con el fin de que pueda seguir creciendo y desarrollándose sana e integralmente.



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DIF MUNICIPAL  
SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS  
Y ADOLESCENTES DE HUIMANGUILLO.

---



---

Nombre y firma del tutor

---

FIRMA DEL TITULAR "SIPINNA"  
DC. ELIAS DAVID OCAÑA CALLES

**FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA**

Fecha de referencia. \_\_\_\_\_

Nombre del paciente. \_\_\_\_\_

Edad del paciente. \_\_\_\_\_

Domicilio del paciente. \_\_\_\_\_

Motivo de envío \_\_\_\_\_

Nombre del psicólogo. \_\_\_\_\_

Institución que refiere: **“SIPINNA” Huimanguillo, Dif municipal**

Domicilio: calle. Jacinto López, s/n esq. Nicolás bravo, col. centro.

Unidad a la que se refiere: **“Uneme-capá Huimanguillo”**

Domicilio: Calle Simón Sarlat s/n Huimanguillo, Tab.

Servicio al que se refiere: Psicología.

Motivo de la referencia: (Breve resumen de la problemática)



PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS DERECHOS  
DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES  
"PARTICIPACIÓN INFANTIL"



FECHA: \_\_\_\_\_

**LISTA DE ASISTENCIA**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO Y MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE SEDE: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD  COLONIA  ESCUELA  CENTRO DIF  ALBERGUE O CASA CUNA  OTRO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ GRADO Y GRUPO: \_\_\_\_\_

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	SEXO		EDAD
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	

\_\_\_\_\_  
Persona Responsable  
Nombre y firma SEDIF

\_\_\_\_\_  
Persona Responsable  
Nombre y firma SMDIF

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello de la institución sede

**LISTA DE ASISTENCIA**

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	SEXO		EDAD
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	
		H	M	

\_\_\_\_\_  
Persona Responsable  
Nombre y firma SEDIF

\_\_\_\_\_  
Persona Responsable  
Nombre y firma SMDIF

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello de la institución sede











FECHA

**FICHA DE CANALIZACIÓN**

**C. DIRECTOR (A) DEL CENTRO:**

---

POR MEDIO DEL PRESENTE, SOLICITO SU APOYO PARA QUE SU INSTITUCIÓN ATIENDA A: C \_\_\_\_\_ QUIEN REQUIERE DE LOS SERVICIOS QUE USTEDES OFRECEN EN MATERIA DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES.

AGRADECEREMOS CONTAR CON EL SEGUIMIENTO DE ESTE (A) PACIENTE PARA ESTAR EN POSIBILIDAD DE CONTINUAR ACOMPAÑÁNDOLO (A) EN SU PROCESO DE CAMBIO.

A SU VEZ, NOS PONEMOS A SUS ÓRDENES EN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y ATENCIÓN.  
ATENTAMENTE,

---

NOMBRE Y FIRMA  
PROMOTOR ORIENTADOR

---

NOMBRE Y FIRMA  
COORDINADOR PAMAR



Secretaría de la Educación  
Subsecretaría de Planeación y Evaluación  
Dirección de Control Escolar e Incorporación



Ciclo escolar: \_\_\_\_\_

Núm. Sol: \_\_\_\_\_

**Solicitud de Alta**

(Marque con una x la selección que corresponda)

Preescolar:

Primaria:

Secundaria:

Por Traslado:

Por evaluación diagnóstico:

Requisitos (anexar copias cotejadas):

Acta de nacimiento /acta compromiso	Todos
Reporte de Evaluación	Todos
Copia Curp	Todos
Certificado de nivel	Primaria, Secundaria.

Resolución de revalidación de estudios	Secundaria
Documento de transparencia del grado cursado	Primaria y Secundaria
Constancias de estudios parciales	Todos
Constancias E.E.R	Secundaria

Datos del Alumno (a):

1er. Apellido \_\_\_\_\_ 2do. Apellido \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_  
Entidad de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Curp: \_\_\_\_\_ PRONIM: \_\_\_\_\_

**Datos de la escuela que solicita el alta:**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_; con clave \_\_\_\_\_; zona escolar: \_\_\_\_\_,  
grado: \_\_\_\_\_, grupo: \_\_\_\_\_, turno: \_\_\_\_\_; quien se encuentra inscrito provisionalmente desde el día: \_\_\_\_ del mes de: \_\_\_\_  
del año: \_\_\_\_, días de traslado: \_\_\_\_\_, de tener alguna discapacidad, descríbala: \_\_\_\_\_.

**Datos de la escuela de procedencia:**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_; con clave \_\_\_\_\_; zona escolar: \_\_\_\_\_,  
grado: \_\_\_\_\_, grupo: \_\_\_\_\_, turno: \_\_\_\_\_; del cual causo baja a partir del día: \_\_\_\_\_ del mes de: \_\_\_\_\_ del año: \_\_\_\_\_;  
con folio de reporte de evaluación no: \_\_\_\_\_.

Nombre y Firma  
Director (a) de la escuela  
celular: \_\_\_\_\_

Sello de la escuela

Sello de recibido

**\*Uso exclusivo de la Dirección de Control Escolar e Incorporación\***

En respuesta a su trámite de Alta, y en base a los datos adscritos y documentación prestada en anexos:

Se autoriza en forma definitiva, por cumplir con los requisitos establecidos.

No se autoriza, por incumplir con los requisitos establecidos.

**Observaciones**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Responda SI o NO a las siguientes  
preguntas: (primaria y secundaria)

Folio de reporte Evaluación: \_\_\_\_\_

Trabajó (nombre, firma y fecha)	Autorizó (nombre, firma y fecha)

Presentar el formato en dos tantos (Original y primera copia.- (Control Escolar). Segunda copia.- (Escuela))



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
HUIMANGUILLO, TABASCO  
2021-2024  
ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
**U.B.R**  
**TARJETON UNICO DE TERAPIAS**

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO
FECHA DE INGRESO	FECHA DE ALTA
TERAPISTA	
MEDICO TRATANTE	
HORARIO	
DIAGNOSTICO	

FECHAS	INDICACIONES



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
HUIMANGUILLO, TABASCO  
2021-2024  
ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
U.B.R



**HOJA DE PREVALORACION**

	NOMBRE:	
	EDAD:	SEXO:
	OCUPACION:	
	ENVIADO POR:	
	DOMICILIO:	
	FECHA	

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CANALIZACION






DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
HUIMANGUILLO, TABASCO  
2021-2024  
ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
U.B.R  
**FICHA DE IDENTIFICACION**



FECHA DE ELABORACIÓN:		FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE:		SEXO	H M
SIGNOS VITALES E HISTORIA CLINICA			
F.R.	F.C.	TEM.	T/ A
PESO:	TALLA:		
ANTECEDENTES PERSONALES HEREDO FAMILIARES.			
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:			
HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL:			
INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:			
DIAGNOSTICOS PREVIOS:			
TERAPEAUTICA EMPLEADA			
RESULTADO DE ESTUDIOS REALIZADOS			



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
 HUIMANGUILLO, TABASCO  
 2021-2024  
 ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
 U.B.R  
**NOTAS DE EVOLUCION**

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

MEDICA

PSICOLOGICA

T. FISICA

T. LENGUAJE

T. OCUPACIONAL

OTRA

FECHA Y HORA

NOTAS

--	--



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
HUIMANGUILLO, TABASCO  
2021-2024  
ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
U.B.R  
**INTERCONSULTAS**

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS

--

--



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
HUIMANGUILLO, TABASCO  
2021-2024  
ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
U.B.R  
**HOJA DE ALTA**

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA  
HUIMANGUILLO, TABASCO  
2021-2024  
ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
U.B.R  
**NOTAS DE TERAPIAS DE LENGUAJE**



NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
HUIMANGUILLO, TABASCO  
2021-2024  
ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
U.B.R

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

**NOTAS DE TERAPIA OCUPACIONAL**

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
HUIMANGUILLO, TABASCO  
2021-2024  
ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
U.B.R  
**NOTAS DE PSICOLOGIA**

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS



DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
HUIMANGUILLO, TABASCO  
2021-2024  
ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
U.B.R  
**RESULTADOS DE ESTUDIOS DE GABINETE**

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS





DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
HUIMANGUILLO, TABASCO  
2021-2024  
ESPERANZA QUE TRANSFORMA  
U.B.R  
**NOTAS DE TERAPIAS DE LENGUAJE**

NOMBRE Y NUMERO DE EXPEDIENTES:

EDAD:

SEXO:

FECHA Y HORA

NOTAS



**REGISTRO DE ATENCIÓN DIARIA**

FECHA \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_

ASESOR \_\_\_\_\_ NUM. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA DENUNCIANTE.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ NUM TEL: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA DENUNCIADA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ NUM TEL: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL OFENDIDO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ NUM TEL: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LOS HIJOS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ASUNTO: \_\_\_\_\_

SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_



PROCURADURIA MUNICIPAL DE PROTECCION DE LA FAMILIA Y DE  
LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES  
SISTEMA INTEGRAL DE LA FAMILIA



NUM DE FOLIO: /2021.

ASUNTO: **PRIMER CITATORIO.**

HUIMANGUILLO, TABASCO A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 2021.

C. \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

Para efectos de llevar a cabo una diligencia de **CARACTER URGENTE** ante la Procuraduría Municipal de Protección de la Familia y de los Derechos de niñas, niños y Adolescentes en el domicilio ubicado en calle Jacinto López esquina Nicolás Bravo s/n Colonia Centro perteneciente a este Municipio de Huimanguillo, Tabasco el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ del presente año a las \_\_\_\_\_ horas.

Apercibido que en caso de no comparecer en la hora y fecha señalada se inclinará en su contra acciones legales ante la autoridad correspondiente. Lo anterior para dar cumplimiento al numeral 116 de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescente del Estado de Tabasco.

**NOTA:** FAVOR DE PRESENTARSE CON UNA COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
LIC.

**ASESOR JURIDICO.**



PROCURADURIA MUNICIPAL DE PROTECCION DE LA FAMILIA Y DE  
LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES  
SISTEMA INTEGRAL DE LA FAMILIA



NUM DE FOLIO: /2021.

ASUNTO: **SEGUNDO CITATORIO.**

HUIMANGUILLO, TABASCO A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 2021.

C. \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

Para efectos de llevar a cabo una diligencia de **CARACTER URGENTE** ante la Procuraduría Municipal de Protección de la Familia y de los Derechos de niñas, niños y Adolescentes en el domicilio ubicado en calle Jacinto López esquina Nicolás Bravo s/n Colonia Centro perteneciente a este Municipio de Huimanguillo, Tabasco el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ del presente año a las \_\_\_\_\_ horas.

Apercibido que en caso de no comparecer en la hora y fecha señalada se inclinará en su contra acciones legales ante la autoridad correspondiente. Lo anterior para dar cumplimiento al numeral 116 de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescente del Estado de Tabasco.

**NOTA:** FAVOR DE PRESENTARSE CON UNA COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_

LIC.

**ASESOR JURIDICO.**

DEPENDENCIA	
No. OFICIO	
ASUNTO FECHA:	
EXPEDIENTE:	

**TRABAJO SOCIAL**

**ASUNTO:**

**VISITA DOMICILIARIA:**

**1.-CONDICIONES DE VIDA (HIGIENICAS, ECONOMICAS, SOCIALES, y MORALES).**

**2.-LAS CIRCUNSTANCIAS CONDICIONES Y PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN.**

**3.-COMO ES EL ESTILO D E VIDA TANTO COMUNITARIO COMO INDIVIDUAL,**

**4.- CUANTAS PERSONAS HABITAN EN SU VIVIENDA Y EL GRADO DE PARENTESCO QUE TENGA CON ELLOS.**

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	FUNCIONES	SEXO

**5.-LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS O REMUNERATIVAS QUE REALIZAN LAS PARTES:**

**6.-DESCRIPCION DE LA VIVIENDA Y LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES QUE OBSERVE Y QUE SEAN DE IMPORTANCIA P A R A LA RESOLUCION DE E S T A LITIS.**

**ANEXO:** Fotos

**7.-TAMBIÉN DEBERÁ ENTREVISTAR A LOS VECINOS MÁS PRÓXIMOS DE LAS PERSONAS A LAS QUE REALIZA EL TRABAJO SOCIAL, PARA QUE EXPONGA SOBRE LA CONDUCTA, PERSONALIDAD Y HÁBITOS DE LAS PARTES**

**ATENTAMENTE**

---

**TRABAJADORA SOCIAL ADSCRITA A PROFAD/DIF/HUIMANGUILLO**

## REGISTRO DE ASISTENTES

<b>Escuela:</b>	<b>Grupo:</b>
-----------------	---------------

	Nombre	Edad	Hombre	Mujer
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				



## REGISTRO DE ATENCIÓN

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIÓN ESCOLAR: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

TRAMITE A REALIZAR:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL NIÑO(A) Y/O ADOLESCENTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL INTERESADO

\_\_\_\_\_

Centro de Atención al Adolescente Tabasqueño  
**Reporte Mensual Cualitativo 2021**

Programa de Atención a NNA en Riesgo  
Prevención de Riesgos Psicosociales: **Adicciones**

Reporte:

Mes	Actividad	Descripción	Datos Generales (Fecha/hora/lugar)	Beneficiarios (separando mujeres/hombres)



HUIMANGUILLO, TABASCO A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 202\_\_\_\_.

LIC. OSCAR FERRER ABALOS  
PRESIDENTE MUNICIPAL.  
P R E S E N T E.

POR ESTE MEDIO ME DIRIJO A USTED PARA SOLICITAR SU APOYO CON,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

YA QUE SOY UNA PERSONA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS, Y  
QUE NO ESTA EN MIS POSIBILIDADES ADQUIRIRLO.

ESPERANDO CONTAR CON SU VALIOSO APOYO ME DESPIDO,  
ENVIANDOLE UN CORDIAL Y AFECTUOSO SALUDO.

ATENTAMENTE.

\_\_\_\_\_



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DIF MUNICIPAL  
PROCURADURIA DE PROTECCION DE LA FAMILIA Y LOS DERECHOS  
DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES (PROFADE)



**AGENDA PARA VALORACIONES PSICOLOGICAS**

NO.	FECHA	HORA	EXPEDIENTE	JUICIO	PSICOLOG@
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIF MUNICIPAL  
PROCURADURIA DE PROTECCION DE LA FAMILIA Y LOS DERECHOS  
DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES (PROFADE)



## VALORACION PSICOLOGICA

### FICHA DE IDENTIFICACION

**NOMBRE:**

**SEXO:**

**EDAD:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**ESCOLARIDAD:**

**ESTADO CIVIL:**

**OCUPACIÓN:**

**RELIGION:**

**LUGAR DE ORIGEN:**

**DOMICILIO:**

**MUNICIPIO:**

**NUMERO DE TELEFONO:**

**NOMBRE DEL PADRE:**

**FECHA DE LA VALORACION:**

### METODOLOGIA

**Método Científico:** Conjunto de pasos estructurados sistematizados que se utilizan para ampliar el conocimiento.

**Método Inductivo:** Consiste en partir la información particular recogida por sucesivas observaciones para llegar a un hecho general.

**Método Clínico:** Es la Observación minuciosa de un individuo en sí mismo como marco de referencia, basado en la utilización de entrevistas, observaciones y la utilización de ciertos instrumentos con la finalidad de obtener información más amplia de un sujeto en particular.

**MOTIVO DE CONSULTA:**

**DESCRIPCION FISICA:**

**EXAMEN MENTAL:**

**SITUACION ACTUAL:**

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

C.C.P. EXPEDIENTE  
PSIC.MBE/mpth jir\*



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIF MUNICIPAL  
PROCURADURIA DE PROTECCION DE LA FAMILIA Y LOS DERECHOS  
DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES (PROFADE)**



**DINAMICA FAMILIAR:**

**ENTREVISTA:**

**METODOLOGIA EMPLEADA:**

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:**

**CONCLUSIONES:**

**ATENTAMENTE**

**PSICOLOGO ADSCRITO A LA PROFADE/DIF**