



AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO

☐ Egreso ☐ Ingreso

Fecha de elaboración:

Folio:

Nombre, razón o denominación social del establecimiento

Institución:

CLUES:

Localidad:

Municipio:

C.P.:

Entidad:

Servicio:

Cama:

No. de expediente:

Usuario(a) o afectado(a) de violencia

Nombre (s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Edad:

Sexo:

☐ M

☐ F

Pertenece a un grupo vulnerable:

☐ SI

☐ NO

Cua

Domicilio:

Calle

Nº exterior

Nº interior

Barrio/Colonia

Domicilio:

Localidad

Municipio

Entidad

Nombre de persona o institución que trasladó al paciente:

Fecha de incidencia:

Día

Mes

Año

Hora de recepción de usuario afectado:

Hora

Minutos

Motivo de atención médica:

Diagnostico:

Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte:

Plan

a) Farmacoterapia:

b) Examen de laboratorio:

c) Canalización:

Referencia:

Seguimiento de caso

Área de trabajo social:

Área de asistencia social:

Área de psicología:

Área de medicina preventiva:

Pronostico:

Fecha de Notificación:

Día

Mes

Año

Agencia del ministerio público:

Medico tratante
Nombre y firma

Sello de la institución de
salud

Autoridad que recibe notificación
Nombre cargo y firma

Sello M.P.