



**Ruta de atención y protección de Niñas y Adolescentes Madres y/o Embarazadas  
Menores de 15 años de edad.**

**FORMATO PARA EL REGISTRO DE REPORTE SERVICIOS DE SALUD  
NAMEFR-NAME-SALUD (Complete el llenado de todos los ITEMS.)**

<b>1.-Identificación</b>			
Nombre(s):		Apellido paterno:	Apellido materno:
Edad:	Fecha de nacimiento:	Municipio de nacimiento:	Entidad de nacimiento:
Escolaridad:		CURP:	Nacionalidad:
<b>2.-Domicilio</b>			
Calle:		Número:	Colonia:
Localidad:		Municipio:	Estado:
Código Postal:		Referencia:	
<b>3.-Familiares (Red de Apoyo)</b>			
Familiar/ persona con quien se presenta a consulta. Nombre(s):		Apellido paterno:	Apellido materno:
Parentesco:		Teléfono:	
Familiar/ persona de confianza de la NAME. Nombre(s):		Apellido paterno:	Apellido materno:
Parentesco:		Teléfono:	
<b>4.-Salud</b>			
Derechohabiente:		Discapacidades:	
Motivo de la atención médica:			



Impresión diagnóstica:		
<b>5.-Datos de levantamiento</b>		
Nombre de la Unidad de Salud – Hospital. Que identifica a la NAME: HOSPITAL GENERAL ACTOPAN	Fecha:	Hora:
Localidad: ACTOPAN	Municipio: ACTOPAN	Estado: HIDALGO
Persona que hace la notificación:		
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
Teléfono 772 7272173	Correo electrónico hga_2nivel@yahoo.com	

- Registrar todos los datos completos, correctos, con letra clara, legible, evitando dejar ítem en blanco.
- Este formato debe entregarse de manera presencial (plazo no mayor a 72 horas desde la detección del caso NAME) a las secretaría ejecutiva Municipal que corresponda (ubicadas en cada una de las Presidencias Municipales) y/o notificación inmediata en formato PDF visiblemente claro, al correo [ssra.hidalgo@gmail.com](mailto:ssra.hidalgo@gmail.com)
- Familiar/ persona con quien se presenta a consulta. Datos de quien acompaña a la NAME al momento de la identificación del caso.
- Familiar/ persona de confianza de la NAME. Datos de la persona en quien la NAME confía, quien podría brindarle apoyo, ya que en algunas ocasiones quien acompaña a la NAME a consulta, es la persona agresora o generadora de violencia hacia la NAME.
- Colocar número de SDG en la impresión diagnóstica.
- Colocar correctamente el nombre completo de la Unidad de Salud/Hospital que identifica a la NAME.
- Se puede colocar Teléfono y correo electrónico de la unidad de salud. En caso de no contar con teléfono se coloca leyenda sin teléfono en unidad de salud.