



Alcaldía Municipal de Nacaome, Valle

Honduras, C.A

Tel: (504) 2795-53-98 Fax: (504) 2795-44-54

Periodo 2018 - 2022



SERVICIOS PESTADOS POR EL DEPARTAMENTO DE LA OFICINA MUNICIPAL DE LA MUJER

SERVICIOS PRESTADOS	REQUISITOS	PROCEDIMIENTOS	FORMATO	TASAS
Atención a mujeres víctimas de violencia doméstica.	<p>Identidad de la solicitante.</p> <p>Nº de identidad del agresor.</p> <p>Lugar de residencia de ambos.</p> <p>Ficha de control de atención de la victima</p>	<p>Presentarse a la oficina Municipal de la mujer a realizar su respectiva denuncia.</p> <p>Realizada la denuncia se procede a llenar una hoja de remisión según los datos brindados por la denunciante.</p> <p>Conjuntamente con la solicitante se procede a poner la denuncia ante el órgano competente del municipio.</p> <p>Una vez que se interpone la denuncia</p>	 <p>FICHA CONTROL DE ATENCION MUJER</p> <p>DATOS GENERALES: Fecha de la denuncia: _____ Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Soltera: <input type="checkbox"/> De libre: <input type="checkbox"/> Casada: <input type="checkbox"/> Separada: <input type="checkbox"/> Viuda: <input type="checkbox"/> NIVEL EDUCATIVO: Primaria: <input type="checkbox"/> Primaria incompleta: <input type="checkbox"/> Primaria completa: <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta: <input type="checkbox"/> Otros: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Empleo: _____ Nombre y Dirección del Empleo: _____ Nombre del Organismo de origen: _____ Dirección de Casa de Hogar: _____</p> <p>OTROS ASPECTOS: Ha sido víctima de maltrato físico, psicológico o emocional: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Ha sido víctima de abuso sexual: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿cuánto? _____ ¿problemas físicos? _____ Ha sido maltratada durante su estado de embarazo: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>DATOS DEL AGRESOR: OCURRENTE: Nivel Educativo: _____ Singular: <input type="checkbox"/> Primaria completa: <input type="checkbox"/> Primaria incompleta: <input type="checkbox"/> Secundaria completa: <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta: <input type="checkbox"/> Otros: _____ Profesión u Oficio: _____ Teléfono: _____</p> <p>¿Ha sido en la misma localidad su dirección? _____ Estado Civil: _____ Soltera: <input type="checkbox"/> De libre: <input type="checkbox"/> Casada: <input type="checkbox"/> Separada: <input type="checkbox"/> Dirección: _____ Detalles del Caso: _____</p> <p>Valor de Ficha: _____ \$/L No Repetido después de 6 meses: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha: _____ Hora: _____</p>	N/A

		se queda a la espera de que se señale fecha y hora de la audiencia.		
Orientación a las mujeres afectadas por violencia o cualquier otro tipo de maltrato.	Identidad de la afectada (victima) Domicilio	Presentarse a la Oficina Municipal de la Mujer. Se conoce el caso y se produce a dar orientación a la solicitante.		N/A
Organización de la red de mujeres en todas las comunidades del municipio.	Nº de teléfono Domicilio Nº de identidad	Visitas domiciliarias Llamadas telefónicas		N/A
Apoyo a las mujeres en el área de emprendedurismo.	Nº de identidad Domicilio Nº de teléfono	Se visita a la red de mujeres de cada comunidad para organizarlas, ya una vez organizadas se les da el apoyo		N/A

		<p>económico según sea el tipo de proyecto o rubro que van a ejecutar.</p> <p>Se dota de equipo a las microempresas.</p>		
<p>Empoderamiento a las mujeres para la defensa de sus derechos.</p>	<p>Nº de identidad</p>	<p>Brindando charlas constantemente a las mujeres sobre autoestima, violencia doméstica, igualdad de género, al igual capacitaciones sobre temas de enfermedades de transmisión sexual y embarazos tempranos en adolescentes.</p>		<p>N/A</p>

Coordinar con la secretaria de salud e INAM brigadas médicas para las mujeres como ser exámenes de mamografía y citología.

Nº de identidad

Domicilio

Nº de teléfono

Ficha de datos personales y familiares

La solicitante se presenta a la unidad de salud para que le realicen el palpado de mama y la citología vaginal.

Se espera el resultado de los exámenes, según cual sea el resultado se procede al darle orientación y acompañamiento a la solicitante para que lleve a cabalidad su tratamiento.

 N/A

FICHA DE DATOS PERSONALES Y FAMILIARES

I. Datos Personales

Nombre Completo: _____
 Edad: _____ Dirección: _____
 Número de Identidad: _____ Teléfono: _____
 Trabajo SI / NO _____ De qué _____
 Grado de Escolaridad: _____

II. Datos Familiares

Nombre del Familiar: _____
 Dirección: _____ Edad: _____ Trabajo SI / NO _____
 Nombre del Cónyuge: _____
 Dirección: _____ Edad: _____
 Trabajo SI / NO _____ De qué _____

III. Datos Clínicos del Paciente

Número de Embarazos	Número de Partos	Número de Cesáreas	Número de Abortos	Observaciones:
¿Con qué frecuencia se realiza la citología?	¿Asimetrías en resultados de imágenes anteriores?	¿Faltan de alguna imagen reciente?	¿Toma algún medicamento para ella?	Observaciones:
¿Se ha realizado el examen de mamografía reciente?	¿Con qué frecuencia?	Resultados de mamografías anteriores.	¿Se realiza el autoexamen?	Observaciones:



Karla Correa

Lc. Karla Aracely Corea García

Coordinadora de la oficina Municipal de la Mujer