



MODULO DE ATENCIÓN A MENORES REPATRIADOS

ENTREVISTA

NO. DE CONTROL \_\_\_\_\_
CUANTOS AÑOS TIENES \_\_\_\_\_

DATOS DE LOS PADRES

-NOMBRE DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_
-APELLIDO PATERNO DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_
-APELLIDO MATERNO DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_
-EN DONDE VIVE EL PADRE (PAÍS) \_\_\_\_\_
-ESTADO \_\_\_\_\_
-MUNICIPIO \_\_\_\_\_
-LOCALIDAD \_\_\_\_\_
-TIEMPO DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

-NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_
-APELLIDO PATERNO DE LA MADRE O TUTORA \_\_\_\_\_
-APELLIDO MATERNO DE LA MADRE O TUTORA \_\_\_\_\_
-EN DONDE VIVE LA MADRE (PAÍS) \_\_\_\_\_
-ESTADO \_\_\_\_\_
-MUNICIPIO \_\_\_\_\_
-LOCALIDAD \_\_\_\_\_
-TIEMPO DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

-ANTERIOR A LA FECHA HAZ VIVIDO EN E. U.? SI NO
-¿CUÁNTO TIEMPO VIVISTE EN E. U.? \_\_\_\_\_
-¿CON QUIEN VIVISTE EN E. U.? \_\_\_\_\_
-LUGAR DE RESIDENCIA EN E. U. : \_\_\_\_\_
-¿POR QUÉ TE REGRESASTE A MÉXICO? \_\_\_\_\_
-TIPO DE FAMILIA \_\_\_\_\_
-NUMERO DE INTERGANTES DE LA FAMILIA \_\_\_\_\_

FAMILIA Y MIGRACION

-¿QUÉ TRANSPORTE USASTE PARA TRASLADARTE A ESTE LUGAR DESDE TU LUGAR DE ORIGEN?
CARRO CAMIÓN A PIE AVIÓN BICICLETA NADANDO OTRO

-ANTES DE MIGRAR ¿CON QUIEN VIVÍAS?
MAMA PAPA HERMANOS TÍOS PRIMOS ABUELOS AMIGOS OTROS

-TE HAS COMUNICADO CON TU FAMILIA DESDE QUE DEJASTE TU CIUDAD?
SI NO ¿CON QUIEN? \_\_\_\_\_
-COMO TE COMUNICABAS? \_\_\_\_\_
-LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL (DONDE VIVES) \_\_\_\_\_
-ESTADO \_\_\_\_\_
-MUNICIPIO \_\_\_\_\_
-LOCALIDAD \_\_\_\_\_
-TIEMPO DE RESIDIR: 1 A 3 DÍAS 1 A 3 MESES MÁS DE 1 AÑO

CONCLUSION:

NOMBRE DEL EMPLEADO QUE REALIZO LA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_



## MODULO DE ATENCIÓN A MENORES REPATRIADOS

### DATOS GENERALES

#### DATOS GENERALES

- APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_  
-APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_  
-NOMBRES \_\_\_\_\_  
-EXPEDIENTE \_\_\_\_\_  
-CURP \_\_\_\_\_  
-FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
-PAIS DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
-ESTADO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
-SEXO **F** **M**  
-ESTADO CIVIL **SOLTERO** **CASADO** **VIUDO** **UNION LIBRE**  
  
- NECESIDADES ESPECIFICAS **VISION** **AUDICION** **HABLA**  
  
**NEUROLOGICA** **MOTORA** **AUTISMO**  
  
**SINDROME DE DOWN** **AMPUTACION DE**  
**ALGUN MIEMBRO**  
  
**EMBARAZO** **OTRO**

#### DATOS DE LUGAR DE ORIGEN

- PAÍS DE ORIGEN \_\_\_\_\_  
-ESTADO DE ORIGEN \_\_\_\_\_  
-MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
-LOCALIDAD \_\_\_\_\_  
-DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

#### DATOS DE ESCOLARIDAD

- SABE LEER Y ESCRIBIR ESPAÑOL \_\_\_\_\_  
-ESPECIFICAR LENGUA O DIALECTO \_\_\_\_\_  
-ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
-GRADO \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTOS

- FOTO  
HUELLA

#### OBSERVACIONES



## MODULO DE ATENCIÓN A MENORES REPATRIADOS

### REPATRIACION

-FECHA DE REPATRIACIÓN: \_\_\_\_\_

-CONDICIÓN:        **REPATRIADO**        **MIGRANTE**

-CONSULADO: \_\_\_\_\_

-LUGAR DE REPATRIACION \_\_\_\_\_

-DELEGACIÓN INM: \_\_\_\_\_

-TIPO DE BENEFICIARIO \_\_\_\_\_

-FECHA DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

### DETECCION

-FECHA DE DETECCIÓN: \_\_\_\_\_

-LUGAR DE DETECCIÓN: \_\_\_\_\_

-AUTORIDAD:

**BURÓ DE ADUANAS**    **CONSULADO**    **DELEGACIÓN INM**    **DIF**

**GRUPO BETA**    **PATRULLA FRONTERIZA**    **POLICÍA LOCAL**    **OTRO**

MOTIVO DE DETENCIÓN:

**CRUCE ILEGAL**    **PORTAR DOCUMENTOS FALSOS**    **VIOLACIÓN DE LEY**    **OTRO**

-TRATO RECIBIDO:    **BUENO**    **REGULAR**    **MALO**

-TENÍA PERTENENCIAS:    **SI**        **NO**

-DESCRIBA PERTENENCIAS: \_\_\_\_\_

-COMO FUE DETECTADO EL MENOR:

-OBSERVACIONES:



MODULO DE ATENCIÓN A MENORES REPATRIADOS

CRUCE

CRUCE DEL MENOR

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

-¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE QUERÍA ESTAR O ESTABA EN E. U.?

REUNIÓN FAMILIAR      TRABAJO      ESTUDIO      PASEO      OTROS

-¿CON QUIENES CRUZASTE LA FRONTERA?

SOLO      FAMILIARES      AMIGOS      TRAFICANTE

-SITUACIÓN LEGAL:      INDOCUMENTADO      INFRACTOR

-PROCESADO EN:      CBP      SYPOE      JUVENILE HALL

-¿CÓMO CRUZO A E. U. ?      VEHICULO      CAMINANDO      CAJUELA      BICICLETA

-¿ES LA PRIMERA VEZ QUE CRUZABA A E. U. ?      NO      SI

-¿CUÁNTAS VECES LO HA INTENTADO? \_\_\_\_\_

-FECHA EN QUE LO INTENTO CRUZAR POR ULTIMA VEZ (ANTERIOR A ESTA)

\_\_\_\_\_

-¿CUÁL ES LA LOCALIDAD O CIUDAD DE MÉXICO POR DONDE CRUZO ?

\_\_\_\_\_

-¿POR DONDE CRUZO LA FRONTERA?

DESIERTO      RÍO      MONTAÑA      MAR      TÚNEL      AIRE

PUERTO FRONTERIZO      BRINCANDO EL CERCO      CANAL

-ENTRE LOS QUE LO ACOMPAÑABAN IBAN OTROS NIÑOS O JÓVENES?      SI      NO

-¿CUÁL ES EL LUGAR AL QUE LLEGO O QUERÍA LLEGAR EN E. U.?

\_\_\_\_\_

-¿CUÁNTAS VECES LO HA CAPTURADO LA PATRULLA FRONTERIZA O LA MIGRA?

\_\_\_\_\_

-ALGUNA VEZ, LA PERSONA QUE LO AYUDÓ A CRUZAR LA FRONTERA, LE PROPUSO HACER ALGO QUE NO QUERÍA?      SI      NO

DESCRIBIR: \_\_\_\_\_

-ALGUNA VEZ LA PERSONA QUE LO AYUDÓ A CRUZAR LA FRONTERA, LO OBLIGO A HACER ALGO QUE NO QUERÍA?      SI      NO

DESCRIBA: \_\_\_\_\_

-¿PIENSA CRUZAR DE NUEVO?      SI      NO

-¿CUANTO PAGO? \_\_\_\_\_

- HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DELICTIVAS?      SI      NO

-CUALES? \_\_\_\_\_



## MODULO DE ATENCIÓN A MENORES REPATRIADOS

### HECHOS

- ❖ MALTRATO FÍSICO
- ❖ MALTRATO SEXUAL
- ❖ MALTRATO EMOCIONAL – PSICOLÓGICO
- ❖ NEGLIGENCIA EN LOS CUIDADOS
- ❖ ABANDONO

OBSERVACIONES:

### CONTACTO A FAMILIAR

-NOMBRE CONTACTO: \_\_\_\_\_

-PARENTESCO: **PADRE MADRE HERMANO TÍOS VECINOS ABUELOS**

**AMIGOS**

-UBICACIÓN: \_\_\_\_\_

-TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

-OBSERVACIONES:

### CANALIZACION

-INSTITUCIÓN QUE TRASLADA AL MENOR: \_\_\_\_\_

-INSTITUCIÓN QUE RECIBE AL MENOR: \_\_\_\_\_

-FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

-FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_\_

-MOTIVO DE EGRESO DEL ALBERGUE: \_\_\_\_\_

-OBSERVACIONES:



## MODULO DE ATENCIÓN A MENORES REPATRIADOS

### EXAMEN FISICO

PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

REFLEJOS PUPILARES: \_\_\_\_\_

ORO FARINGE: \_\_\_\_\_

CUELLO: \_\_\_\_\_

TORAX: \_\_\_\_\_

ABDOMEN : \_\_\_\_\_

PRESION ARTERIAL : \_\_\_\_\_

FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_

FRECUANCIA RESPIRATORIA : \_\_\_\_\_

TEMPERATURA : \_\_\_\_\_

IMPRESIÓN DX: \_\_\_\_\_

#### OBSERVACIONES

### EXAMEN PSICOLOGICO

EXAMEN MENTAL : \_\_\_\_\_

IDX: \_\_\_\_\_

PLAN : \_\_\_\_\_

INFORMACION : \_\_\_\_\_

#### OBSERVACIONES



### MODULO DE ATENCIÓN A MENORES REPATRIADOS

### FAMILIAR RECEPTOR

- TITULO: \_\_\_\_\_
- NOMBRE: \_\_\_\_\_
- APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_
- APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_
- PARENTESCO: \_\_\_\_\_
- OCUPACION: \_\_\_\_\_
- DOCUMENTOS PARA CONFIRMAR PARENTESCO: \_\_\_\_\_
- DIRECCIÓN DEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_
- IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_
- NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_
- NUMERO DE ACTA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
- FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_
- TIPO DE EGRESO: \_\_\_\_\_
- LUGAR DE EGRESO: \_\_\_\_\_
- RESPONSABLE DEL EGRESO: \_\_\_\_\_

**FUNCIONARIO DE SEDIF O SMDIF CON QUIEN SE COORDINO EL RETORNO AL LUGAR DE ORIGEN**

- APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_
- APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_
- NOMBRE: \_\_\_\_\_
- CARGO: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:**

### APOYOS OTORGADOS

- RECURSO:      **COMIDA**                      **AVIÓN**                      **CAMIÓN**
- MONTO: \_\_\_\_\_
- NUMERO: \_\_\_\_\_
  
- MODULO QUE LO OTORGA:   **SNDIF**                      **SEDIF**                      **SMDIF**
- FAMILIAR BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_
- INSTANCIA QUE FINANCIÓ: \_\_\_\_\_

### RETRO ALIMENTACION

**NOTAS:**



## MODULO DE ATENCIÓN A MENORES REPATRIADOS

### PROCESO DE ARRAIGO

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN QUE HA PARTICIPADO 1:

\_\_\_\_\_

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN QUE HA PARTICIPADO 2:

\_\_\_\_\_

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN QUE HA PARTICIPADO 3:

\_\_\_\_\_

PARTICIPA EN GRUPO DE LÍDERES COMUNITARIOS:

\_\_\_\_\_

FUE ATENDIDO EN UN CCPI: \_\_\_\_\_

NOMBRE O MUNICIPIO DEL CCPI: \_\_\_\_\_

EXISTE INTENCION DE MIGRAR: \_\_\_\_\_

PRINCIPAL RIESGO DETECTADO: \_\_\_\_\_

CUENTA CON PLAN DE DETECCION: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DEL PLAN: \_\_\_\_\_

AMBITO PRINCIPAL DE PLAN DE CONTENCIÓN:

\_\_\_\_\_

MOMENTO DE PLAN DE CONTENCIÓN:

\_\_\_\_\_