



**FORMATO DE REGISTRO PARA CASOS DE NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE MALTRATADO(A)**

MES	EDAD 0 - 3		EDAD 4 - 5		EDAD 6 - 7		EDAD 8 - 9		EDAD 10 - 11		EDAD 12 - 13		EDAD 14 - 15		EDAD 16 - 17		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
ENE																			
FEB																			
MAR																			
<b>TOTAL CASOS PRIMER TRIMESTRE</b>																			
ABR																			
MAY																			
JUN																			
<b>TOTAL CASOS SEGUNDO TRIMESTRE</b>																			
JUL																			
AGO																			
SEP																			
<b>TOTAL CASOS TERCER TRIMESTRE</b>																			
OCT																			
NOV																			
DIC																			
<b>TOTAL CASOS CUARTO TRIMESTRE</b>																			
<b>TOTAL CASOS AÑO _____</b>																			

Municipio: \_\_\_\_\_

Entidad de salud: \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma