



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																			
TOTAL CASOS PRIMER TRIMESTRE																			
ABR																			
MAY																			
JUN																			
TOTAL CASOS SEGUNDO TRIMESTRE																			
JUL																			
AGO																			
SEP																			
TOTAL CASOS TERCER TRIMESTRE																			
OCT																			
NOV																			
DIC																			
TOTAL CASOS CUARTO TRIMESTRE																			
TOTAL CASOS AÑO _____																			

Municipio: _____

Entidad de salud: _____

Responsable: _____

Cargo: _____

Firma