



**INSTITUTO DE TRATAMIENTO Y DE APLICACIÓN  
DE MEDIDAS PARA ADOLESCENTES**

**CENTRO ESPECIALIZADO DE INTERNAMIENTO Y EXTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES  
"SAN LUIS RÍO COLORADO"**

**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA**

**FECHA DE REALIZACIÓN:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ADOLESCENTE:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**APODO DEL ADOLESCENTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LOS PADRES O TUTORES:** \_\_\_\_\_

**JUZGADO DE PROCEDENCIA:** \_\_\_\_\_

**JUEZ RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**DELITO:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO 1:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO 2:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO 1:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO 2:** \_\_\_\_\_

**DESARROLLO DE LA VISITA**

**ACUERDOS Y COMPROMISOS**

**PRÓXIMA CITA AGENDADA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO**

\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE**