



**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