

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR UN FAMILIAR A FAVOR DE NIÑAS O NIÑOS;
O PERSONAS IMPEDIDAS DE OTORGARLO

Número de Informe Pericial N° _____

DATOS GENERALES:					
Fecha	Año:	Mes:	Día:	Hora (en formato de 24 horas)	
DATOS DE LA AUTORIDAD SOLICITANTE:					
Nombre y cargo de la autoridad que solicita:				Contacto:	
Examen médico legal integral <input type="checkbox"/>			Examen médico legal complementario <input type="checkbox"/>		
			Determinación de incapacidad <input type="checkbox"/>		
			Toma de muestras <input type="checkbox"/>		
			Otros, especifique:		
¿Cuáles son las circunstancias por las que la víctima no está en condiciones de presentar su consentimiento? (En caso de ser adolescente o mayor de edad).					
NOMBRE COMPLETO DE LA VÍCTIMA					
Nombres y Apellidos:					
Documento de identidad		Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:	
Sexo:	H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	Género:		Idioma o lengua:	
Idioma/lengua y Comunidad, pueblo o nacionalidad:			Idioma extranjero: Inglés: <input type="checkbox"/> Francés: <input type="checkbox"/> Portugués: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>		¿Quién prestó los servicios de traducción?:
¿Requiere la presencia de un(a) persona que realice traducción? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			¿Requiere la presencia de un(a) persona que realice traducción? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
¿Es una persona con discapacidad?		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Observación:	¿Tiene carnet que acredite la discapacidad?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Tipo de Discapacidad: Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Discapacidad evidente, especifique:
¿Se encuentra en situación de movilidad humana?		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Tiene alergias?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Especifique:	
¿Por este hecho de violencia motivo de esta denuncia/investigación, fue sometida(o) a un examen o reconocimiento médico legal previo?					Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO					
A los... días del mes de... del , Yo, (nombres completos)....., identificada(o) con el documento número, una vez informada(o) sobre la importancia de los procedimientos de pericia forense que se van a realizar para la investigación; otorgo de manera libre, voluntaria y sin coacción alguna el consentimiento para cada uno de los siguientes puntos:					
1. La realización del examen físico. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
2. La realización del examen ginecológico. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
3. La realización del examen proctológico. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
4. Obtención de fluidos corporales o muestras biológicas y la realización de los exámenes forenses complementarios pertinentes. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
5. Administración del tratamiento de anticoncepción oral de emergencia (si aplica). SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
6. Tratamiento profiláctico y antiretrovirales, ITS, VIH (si aplica). SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
7. El retiro de prendas de vestir para investigación forense (si aplica) SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
8. Toma de fotografías o registros visuales, por parte de una tercera persona parte del Sistema, para realizar el registro y documentación del procedimiento bajo los principios de confidencialidad y reserva. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
NOMBRE DE QUIÉN OTORGA EL CONSENTIMIENTO:					
			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>		
FIRMA:			HUELLA PULGAR DERECHO		
CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE:					

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR UN FAMILIAR A FAVOR DE NIÑAS O NIÑOS;
O PERSONAS IMPEDIDAS DE OTORGARLO

Nombre del perito: Correo electrónico:	Número de cédula: Número de acreditación:
Firma	
Razón: Familiar o representante de la víctima no prestó su consentimiento libre, voluntario e informado para la realización de los procedimientos forenses.	
Nombre de la víctima	
Firma: Documento de identidad:	
Nombre del perito o profesional de la salud: Correo electrónico:	Número de cédula: Número de acreditación:
Firma	

Nota: se trata de un documento de circulación restringida y de absoluta reserva conforme la Ley.

Anexo: Para conocimiento del perito/a

Comunidad, pueblo o nacionalidad con el que se identifica a la víctima al momento de la pericia

NACIONALIDAD	IDIOMA
Nacionalidad Tsáchila	Idioma Tsafiqui
Nacionalidad Awá	Idioma Awapit
Nacionalidad Epera	Idioma Epera Pedede
Nacionalidad Chachi	Idioma Cha' palaa
Nacionalidad Kichwa	Idioma Kichwa
Nacionalidad Shuar	Idioma Shuar Chicham
Nacionalidad Achuar.	Idioma Achuar
Nacionalidad Siekopai.	Idioma Paicoca
Nacional Siona	Idioma Baicoca
Nacionalidad Cofán	Idioma A'ingae
Nacionalidad Záparo	Idioma Záparo (Kayapi)
Nacionalidad Waorani.	Idioma Waotededo