

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| 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: | | | |
| NOMBRE COMPLETO DE LA VÍCTIMA A QUIEN SE LE REALIZARÁN LOS PROCEDIMIENTOS FORENSES | | | | | |
| 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. Administración de antiretrovirales (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: | | |  | | |
| FIRMA: | | | | | |
| CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE: | | | | | |
| Nombre del perito: | | Número de cédula: | | | |
| Correo electrónico: | | Número de acreditación: | | | |
| Firma: | | | | | |

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
CONSENTIMIENTO INFORMADO VÍCTIMAS MAYORES A 18 AÑOS

Razón: 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:
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 |