

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE
FORMATO DE INFORME FORENSE EN DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

Número de Informe Pericial N° _____

ACÁPITE I: DATOS GENERALES DE DESIGNACIÓN							
Fecha del examen:	Año:	Mes:	Día:	Hora:	Número de expediente:		
Nombre de la autoridad que solicita:				Unidad:	Teléfono y/o correo electrónico de contacto:		
Lugar del examen:	Provincia:	Cantón:		Parroquia:	Distrito:		
Institución que realiza el examen médico:				Unidad o servicio:			
Dirección:				Teléfono:			
Lugar donde se realiza el examen médico:							
Domicilio	<input type="checkbox"/>	Centro de privación de libertad:	<input type="checkbox"/>	Especifique el Centro de Privación de la Libertad:			
Casa de salud:	<input type="checkbox"/>	Clínica / Hospital/Centro:	Nombre:	Cama No:	HC No:	Otro: <input type="checkbox"/>	Especifique

ACAPITE II: DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA							
Apellidos y nombres:				Tipo de documento y No.:			
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento					
		Ecuador: <input type="checkbox"/>	Fuera de Ecuador: <input type="checkbox"/>				
		Provincia :	País:				
		Cantón :	Residente: <input type="checkbox"/>				
		Parroquia :	Temporal: <input type="checkbox"/>				
Sexo:	Género:	Edad:		Estado civil:			
H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UH <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>			
Relación actual:							
Estudios cursados:	Ninguno <input type="checkbox"/>	Inicial: <input type="checkbox"/>	Básica: <input type="checkbox"/>	Bachillerato: <input type="checkbox"/>	Superior: <input type="checkbox"/>	Técnica: <input type="checkbox"/>	
Realiza actividades laborales con su consentimiento: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Ocupación					
		Trabaja en el hogar: <input type="checkbox"/>	Trabajo remunerado: <input type="checkbox"/>	Trabajo autónomo : <input type="checkbox"/>	En situación de desempleo: <input type="checkbox"/>	Jubilado/a: <input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Estudiante: <input type="checkbox"/>	Servidor/a público/a <input type="checkbox"/>	Empleado/a privado/a: <input type="checkbox"/>	
Antecedentes patológicos personales (clínicos y quirúrgicos):			¿Usa medicamentos? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>				
			¿Cuáles?				
			¿Para qué?				

ACÁPITE III: INFORMACION DEL ACOMPAÑANTE DE LA VÍCTIMA		
Nombres del acompañante:		Tipo de documento de identidad y No.:
Nombres de un familiar o persona de confianza:	Parentesco:	Contacto:

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE
FORMATO DE INFORME FORENSE EN DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

ACÁPITE IV: ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS Y/O PROCTOLÓGICOS			
Menarquia:	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Fecha de la última menstruación:	
Embarazo actual:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edad gestacional en semanas:	
¿Está embarazada como resultado del hecho?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Etapa de puerperio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Presentó aborto producto de la agresión? SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	¿Utiliza métodos de planificación familiar? SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Por decisión propia? SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Cuál?:	¿Es obligada? SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Por quién? ¿No utiliza métodos de anticoncepción?: <input type="checkbox"/> ¿Por qué?	
¿Ha utilizado anticoncepción oral de emergencia por este hecho? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Por qué?:			
Síntomas/molestias posteriores al hecho violento	Sangrado: <input type="checkbox"/> Flujo vaginal: <input type="checkbox"/> Escozor: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Especifique:
	Sangrado proctológico <input type="checkbox"/> Fluidos proctológicos <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/> Especifique:	Presenta infecciones de transmisión sexual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones:			

ACÁPITE V: HISTORIA DE VIOLENCIA					
¿Ha sufrido hechos similares anteriores?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Por el mismo agresor?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Por otro agresor?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Quién?
¿Hace cuánto tiempo ocurrió el hecho?		¿Ha denunciado hechos anteriores o solicitado auxilio? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			

ACÁPITE VI: HISTORIA MÉDICO LEGAL					
Tipo de violencia:		Física <input type="checkbox"/>	Psicológica <input type="checkbox"/>	Sexual <input type="checkbox"/>	
Lugar de los hechos:	Hogar <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input type="checkbox"/>	Institución educativa <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
				Evento público:	Especifique
¿La víctima indica que estaba bajo efectos de alcohol o drogas al momento del hecho?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Desconoce: <input type="checkbox"/>		¿Cuáles?:		
Relación de la víctima con la persona que le agredió:					

ACÁPITE VI-A: ACCIONES DEL PRESUNTO AGRESOR EN EL HECHO VIOLENTO:					
Penetración:	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Tipo de penetración: Vaginal <input type="checkbox"/> Anal: <input type="checkbox"/> Oral: <input type="checkbox"/>			
¿Usó condón?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	No sabe: <input type="checkbox"/>			
Besos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Tocamientos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Mordeduras:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Frotamiento:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Usó de objetos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Usó dedos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Usó labios o lengua:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE
FORMATO DE INFORME FORENSE EN DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

¿Eyaculó el agresor?		¿En qué lugar?:	
ACÁPITE VI-B: LA VÍCTIMA EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN MÉDICO LEGAL:			
¿La víctima en éste momento está usando la ropa con que fue víctima del hecho violento?:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Trajo las prendas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Qué prendas trajo?			
¿Se ha bañado?:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Se aseó? Ano: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> vagina: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> boca: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Recibió atención médica emergente?:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿En qué lugar?
Recibió tratamiento	Antiretroviral profiláctico ITS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Anticoncepción de emergencia	VIH: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

ACÁPITE VII: DESCRIPCIÓN Y ESTADO GENERAL DE LA VÍCTIMA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN: conciencia, orientación, memoria, comportamiento emocional, comportamiento motriz, habla y lenguaje, higiene general.

ACÁPITE VII-A: EXAMEN FÍSICO (descripción):

1	Cabeza:	
2	Cuello:	
3	Tórax anterior y posterior:	
4	Mamas:	
5	Abdomen :	
6	Regiones lumbares:	
7	Región glútea:	
8	Miembros superiores: (atención especial a uñas)	

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE
FORMATO DE INFORME FORENSE EN DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

9	Miembros inferiores:	
10	Vulva:	
11	Himen:	
12	Vagina:	
13	Escroto:	
14	Pene:	
15	Periné:	
16	Región anal:	

ACÁPITE VIII: MUESTRA RECOGIDAS Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS		
OBTENCIÓN DE FLUIDOS BIOLÓGICOS	Sangre: <input type="checkbox"/>	Observación:
	Orina: <input type="checkbox"/>	Observación:
	Otros: <input type="checkbox"/>	Observación:
HISOPADOS O FROTIS:	Bucal: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Peneana: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Vaginal: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Anal: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Perianal: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Vulvar: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Otros: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____ Cuál:	Observación:
RECOLECCIÓN DE ELEMENTOS PILOSOS / TRAZAS:	Cabello: <input type="checkbox"/>	Observación:
	Otras: <input type="checkbox"/>	Observación:

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE
FORMATO DE INFORME FORENSE EN DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

ANÁLISIS DE DOCUMENTOS (médicos y afines):

ACÁPITE IX: ESTUDIOS SUGERIDOS	
Microscópico en fresco	<input type="checkbox"/>
Coloración (investigación de espermatozoides)	<input type="checkbox"/>
Proteína P 30	<input type="checkbox"/>
Citobacteriológico	<input type="checkbox"/>
ADN	<input type="checkbox"/>
Histopatológico	<input type="checkbox"/>
Toxicológico	<input type="checkbox"/>
Químico (monóxido o lubricantes similares)	<input type="checkbox"/>
ITS	<input type="checkbox"/>
VIH (con consentimiento)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B y C	<input type="checkbox"/>
VDRL	<input type="checkbox"/>
Embarazo BHCG cuantitativa	<input type="checkbox"/>
Otros exámenes	<input type="checkbox"/> Especifique:

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE
FORMATO DE INFORME FORENSE EN DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

ACÁPITE. X: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.

Observaciones:

Referencia a una casa de salud:

SI NO

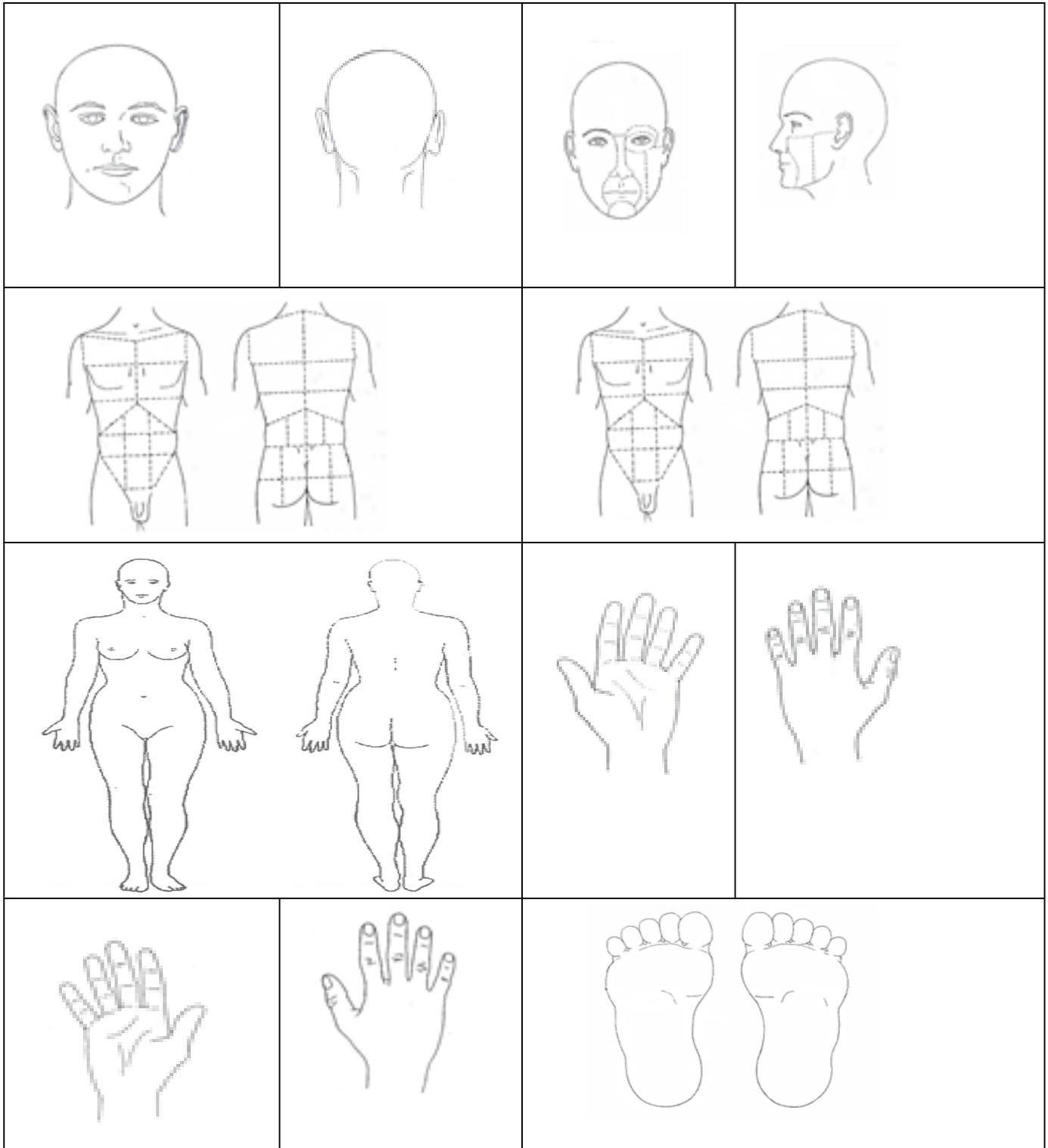
Describe:

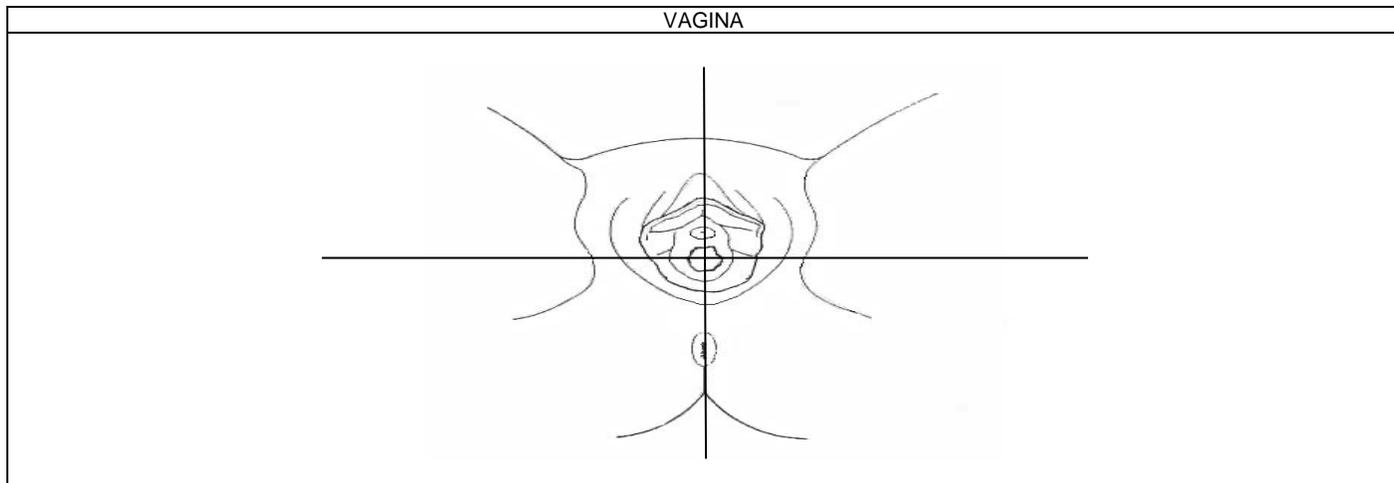
Nota: Este es un documento de absoluta reserva y circulación restringida conforme la ley, artículo 5.20 del Código Orgánico Integral Penal.

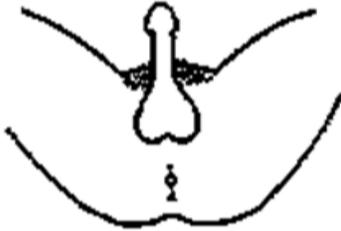
Dr. (a).
Perito (a) Médico (a) Legista
Acreditación del Consejo de la Judicatura N°
Reg. MSP
Correo electrónico:



SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE
FORMATO DE INFORME FORENSE EN DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL
GRÁFICOS





VISTA INFERIOR	VISTA SUPERIOR
	
VISTA DERECHA	VISTA IZQUIERDA
	