

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE. FORMATO DE INFORME FORENSE DE LESIONES

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"/>	Nombre del 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"/>			
Estudios cursados:				Relación actual:			
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"/>	
			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: INFORMACIÓN 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:

ACÁPITE IV: RELATO DE LA VÍCTIMA SOBRE LA PERSONA QUE EJERCE LA AGRESIÓN				
Número de agresores		¿Conoce usted al presunto agresor?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Edad:

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE. FORMATO DE INFORME FORENSE DE LESIONES

Nombres o alias del presunto agresor/a:		Relación con la víctima:	
Dirección habitual o ubicación del presunto/a agresor/a		Ocupación:	

ACÁPITE V: HISTORIA MÉDICO LEGAL						
Lugar de los hechos:	Hogar <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input type="checkbox"/>	Institución pública y/o privada <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	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"/>	¿Cuál?				
Recibió atención médica por los hechos de violencia?:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿En qué lugar recibió atención?		Atención recibida:		

ACÁPITE VI. 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 VI-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:	
9	Miembros inferiores:	
10	Genitales:	

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE. FORMATO DE INFORME FORENSE DE LESIONES

ACÁPITE VII: MUESTRAS RECOGIDAS Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS (médicos y afines)

ACÁPITE VIII: ESTUDIOS SUGERIDOS

ACÁPITE IX: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Observaciones

Referencia a una casa de salud:

SI NO

Describe:

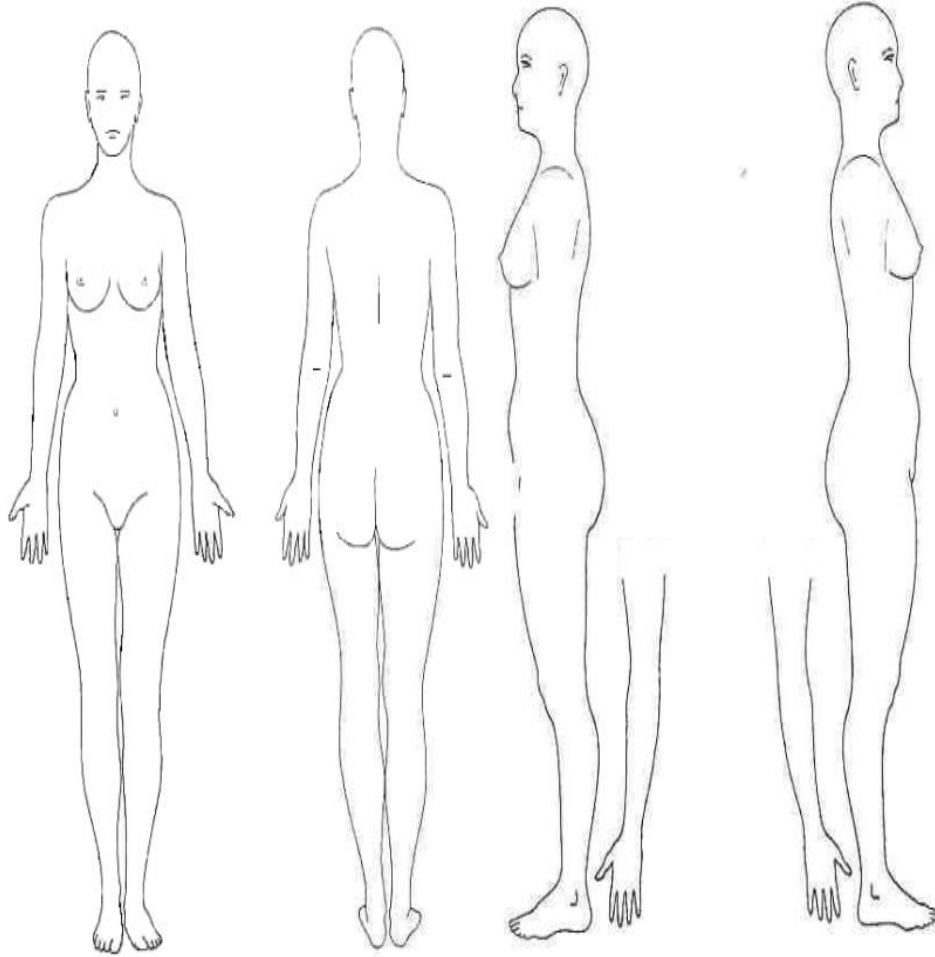
Nota: Este es un documento de absoluta reserva y circulación restringida conforme la ley, artículo 5.20 del Código Orgánico Integral Penal.

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 DE LESIONES

GRÁFICOS

GRÁFICOS DE MUJER



SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE. FORMATO DE INFORME FORENSE DE LESIONES

GRÁFICOS DE HOMBRE

