

SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

FORMATO DE INFORME FORENSE DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

Informe Pericial N°

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DATOS GENERALES DE DESIGNACIÓN** | | | | | | | | | | | | | |
| **Autoridad que solicita la Autopsia:** | |  | | | | | | **Unidad:** | | |  | | |
| **Institución que realiza la**  **Autopsia Médico Legal:** | |  | | | | | | **Documento Habilitante:** | | |  | | |
| **Unidad o**  **Servicio:** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Autopsia previa**: | | Si: | No: | | Fecha: dd/mm/aaaa | | | | |  | |  | |
| **Fecha de la presente Autopsia:** | | dd/mm/aaaa | | | | | | | Hora de la autopsia  : | |  | | |
| **Fecha y Hora de muerte referida:** | |  | | | | Quién refiere la hora de muerte | | Nombre: | | |  | | |
| Documento de Identificación  : | | |  | | |
| Cargo / Grado: | | |  | | |
| **Lugar de la Autopsia** | | | | | | | | | | | | | |
| **Provinci a:** |  | | | | | **Cantón:** |  | | | | **Parroquia:** | |  |
| **Médico que realiza la**  **autopsia:** | | | |  | | | | | | | | | |
| **Disector:** | | | |  | | | | | | | | | |
| **Medio de reconocimiento del cadáver:** | | | |  | Por familiar otra persona  Nombre (quien reconoce el cadáver): Documento de identidad:  Lugar de residencia: | | | | | Se desconoce | | Teléfono: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. DATOS GENERALES DEL CADÁVER** | | |
|  | | |
| **Apellidos y nombres:** | | |
|  | | |
| **Tipo y número de documento de identificación:** | | **Sin documento de identificación** |
|  | |
| **Nacionalidad:** | | **Se desconoce** |
|  | |
| **Sexo:** | **Edad aparente:** | **Estado civil:** |
| H M |  | C S V D UH |

Página **1** de **10**





SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

FORMATO DE INFORME FORENSE DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Observaciones: | | | **Se desconoce** | | Relación actual:  **Se desconoce** | |
| **Comunidad, pueblo o nacionalidad:** | Mestizo: Montubio: Afroecuatoriano: | | | | Indígena: Otro: Blanco: | |
| **Ocupación:** |  | | | | | |
| **Se desconoce** | | | | | |
| **Dirección domiciliaria del fallecido(a):** | |  | | | | |
| **Se desconoce** | | | | |
| **Persona con discapacidad:** | | Si:  No: | | Documento que acredita la discapacidad: | | Especifique: Tipo y porcentaje |
|  | |  |
| Sin documento que acredita discapacidad | | **Se desconoce** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III. INFORMACION ADICIONAL** | | |
|  | | |
| Antecedentes referenciales de la muerte: | Datos de quién proporciona la información: Nombre y apellido:  Cargo:  Tipo y número de documento de identidad: Telf: | Descripción: |
| Antecedentes patológicos clínicos o quirúrgicos personales: | Datos de quién proporciona la información: Nombre y apellido:  Tipo y número de documento de identidad: Telf: | Descripción: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. FENÓMENOS CADAVÉRICOS** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | Signo de Sommer: | | | Descripción de los signos de deshidratación evidenciados: | |
| Signos de | Si: No: | | |  | |
| Deshidratación: |  | | |  | |
|  | Signo de Stenon-Louis: | | |  | |
|  | Si: No: | | |  | |
| Temperatura: | Hepática: Rectal: | Si: | Ambiental: Otra: | | No: |

Página **2** de **10**





SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

FORMATO DE INFORME FORENSE DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | (especifique) | | | |  | | | |
| Livideces Cadavéricas: | | | Si:  Ubicación: | | | | No: | | | |
| Fijas: Móviles: | | | |
| Rigidez Cadavérica: | | | Parcial: Completa: Ausente:  Describa zonas: | | | | | | | |
| Espasmo cadavérico: | | | Si: No: | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| Manifestaciones externas de putrefacción: | | | Si: Describa: | | | | No: | | | |
| Manifestaciones externas de  antropofagia cadavérica | | | Si:  Describa: | | | | No: | | | |
| Manifestaciones externas de fenómenos de conservación | | | Si: Describa: | | | | No: | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **V. EXAMEN EXTERNO DEL CADÁVER** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Ancestría:** | | **Mestizo: Negroide:**  **Caucasoide: Mongoloide:** | | | Peso: (kg) |  | | | Estatura: (cm) |  |
| Descripción de Vestimentas y pertenencias: | | | |  | | | | | | |
| Biotipo: | Asténico: Pícnico:  Atlético: Displásico: | | | Envergadura: (medir las extensión de extremidades superiores de medio a medio): cm | | | |  | | |
| Piel: | Color:  Palidez Rubicundez Cianosis Melanosis Despigmentaciones Tatuajes: No Si (Descripción)  Cicatrices: No Si (Descripción) | | | | | | | | | |

Página **3** de **10**





SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

FORMATO DE INFORME FORENSE DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Signos de atención médica: No Si (Descripción) | | | | | |
| CABEZA | | Descripción: | | | | |
| Cabello: | | Descripción: | | | | |
| Cuero cabelludo (cara externa): | | Descripción: | | | | |
| Cara: | | Descripción: | | | | |
| Pabellones auriculares: | | Descripción: | Conductos auditivos externos: | |  | |
| Ojos: | | Descripción: | | | | |
| Nariz: | | Descripción: | | Fosas nasales: | |  |
| Boca: | | Labios: Mucosas orales: Piezas dentales: Lengua: | | | | |
| Cuello: | | Descripción: | | | | |
| Tórax: | | Descripción: | | | | |
| Abdomen: | | Descripción: | | | | |
| Pelvis: | | Descripción: | | | | |
| Región Lumbar: | | Descripción: | | | | |
| Región inguino genital | | Descripción: | | | | |
| Región anal y perianal: | | Descripción: | | | | |
| Extremidades superiores: | | Descripción: | | | | |
| Extremidades inferiores: | | Descripción: | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **VI. EXAMEN INTERNO DEL CADÁVER** | |
|  | |
| Incisiones de apertura de cadáver: (Especifique) | |
| **CABEZA:** | |
| Cuero cabelludo (cara interna): | Descripción de características físicas macroscópicas: |

Página **4** de **10**





SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

FORMATO DE INFORME FORENSE DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Plano óseo: | | Descripción: |
| Meninges: | | Descripción: |
| Encéfalo | | Descripción: |
| Cerebelo, Protuberancia, Tallo cerebral: | | Descripción: |
| Polígono de Willis y vasos cerebrales: | | Descripción: |
|  | | |
| **CUELLO Y CAVIDAD TÓRACO-ABDOMINAL:** | | |
| **CUELLO:** | | |
| Tejido celular subcutáneo: | Descripción: | |
| Músculos cervicales: | Descripción: | |
| Vasos sanguíneos cervicales: | Descripción: | |
| Orofaringe: | Descripción: | |
| Hioides: | Descripción de características físicas macroscópicas:  Luxado: Fracturas: Integro: | |
| Cartílagos Laríngeos: | Descripción: | |
| Ganglios cervicales: | Descripción: | |
| Tiroides y Paratiroides: | Descripción: | |
| Tráquea: | Descripción: | |
| Esófago: | Descripción: | |
| Columna cervical y Médula espinal de la columna cervical | Descripción: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **TORAX:** | |
|  | |
| Tejido celular subcutáneo torácico | Descripción: |
| Músculos torácicos: | Descripción: |
| Caja torácica: | Descripción: |

Página **5** de **10**





SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

FORMATO DE INFORME FORENSE DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

|  |  |
| --- | --- |
| Timo | Descripción: |
| Cavidad torácica | Descripción: |
| Pleuras: | Descripción: |
| Pulmones | Descripción: |
| Árbol bronquial: | Descripción: |
| Corazón: | Descripción: |
| Vasos sanguíneos torácicos: | Descripción: |
| Diafragma: | Descripción: |
| Columna dorsal y Médula espinal de la columna dorsal | Descripción: |

|  |  |
| --- | --- |
| **ABDOMEN** | |
|  | |
| Tejido celular subcutáneo: | Descripción: |
| Músculos abdominales: | Descripción: |
| Cavidad abdominal: | Descripción: |
| Peritoneo | Descripción: |
| Epiplón: | Descripción: |
| Mesenterio: | Descripción: |
| Estómago: | Contenido gástrico:  Descripción: Cantidad: |
| Hígado: | Descripción: Al corte: |
| Vesícula biliar y vías biliares: | Descripción: Cálculos: SI No |
| Bazo: | Descripción: |
| Páncreas: | Descripción: |
| Intestino delgado: | Descripción (externa y al corte): |
| Intestino grueso: | Descripción: |
| Apéndice: | Localización: |

Página **6** de **10**





SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

FORMATO DE INFORME FORENSE DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

|  |  |
| --- | --- |
| Vasos abdominales: | Descripción: |
| Retroperitoneo: | Descripción: |
| Glándulas suprarrenales: | Descripción: |
| Riñones: | Descripción: |
| Uréteres: | Descripción: |
| Columna lumbosacra y Médula espinal de la columna lumbosacra | Descripción: |

|  |  |
| --- | --- |
| **PELVIS** | |
|  | |
| Pelvis Ósea: | Descripción: |
| Vejiga: | Descripción: (Llena – vacía) |
| Uretra: | Descripción: |
| Próstata: | Descripción: |
| Útero: | Descripción: |
| Trompas de Falopio: | Descripción: |
| Ovarios: | Descripción: |
| Vagina: | Descripción: |
| Testículos: | Descripción:  Disección necesaria si no |
| Recto: | Descripción: |
| Misceláneos: | Placenta:  Cordón umbilical: Membranas fetales: Fetos: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VII. TOMA DE MUESTRAS** | | | | | |
|  | | | | | |
| A. PARA ESTUDIO TOXICOLOGICO. | | | | | |
|  | Sangre |  |  |  | Cerebro |
|  | Orina |  |  |  | Estómago Contenido |
|  | Hígado |  | | | Vómitos |

Página **7** de **10**





SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

FORMATO DE INFORME FORENSE DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | Contenido biliar | | | | | |  | | | | Pelos | |
|  | | | Humor Vítreo | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | Otras, especifique: | | | | | | | | | | | |
| B. PARA ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO: Sustancia fijadora empleada: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Encéfalo | | | | | |  |  |  | | Hígado | |
|  | | | Músculo | | | | | |  |  |  | | Páncreas | |
|  | | | Riñón | | | | | |  |  |  | | Útero y anexos | |
|  | | | Corazón | | | | | |  |  |  | | Bazo | |
|  | | | Intestino | | | | | |  | | | | Pulmón | |
|  | | | Otras, especifique: (si es feto especificar parte de feto o feto completo) | | | | | | | | | | | |
| C. PARA ESTUDIO DE CRIMINALÍSTICA / BIOLOGÍA / GENÉTICA FORENSE: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Fibras | | | | | |  | | | | Colgajos cutáneos | |
|  | | | Ropas | | | | | |  | | | | Filamentos pilosos | |
|  | | | Balas/perdigones | | | | | |  | | | | Armas | |
|  | | | Otras, especifique: | | | | | | | | | | | |
| D. PARA ANÁLISIS BIOLÓGICOS Y GENÉTICOS | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Sangre FTA | | |  | Saliva | |  | Múscu lo | | |  | | Huesos largos |
|  | Hisopados | | | Especifique: | | | | | | | | | | |
|  | Humor Vítreo | | |  | | Piezas dentales |  | | Saliva | | |  | | |
|  | Otros | | | Especifique: | | | | | | | | | | |
| 1. Envasado: | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Fecha de toma de muestras y envasado: | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESTINO** | | | | | | | | | | | | | | |
| Laboratorio de Química | | | | | | | | | | | | | | |
| Laboratorio de Biología | | | | | | | | | | | | | | |
| Laboratorio de Histopatología | | | | | | | | | | | | | | |
| Laboratorio de Genética Molecular (ADN) | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros, especifique: | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **VIII. IMAGENOLOGÍA** | |
| **RX**  SI NO  Describa: | **Otros** |

**IX. CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES**

**X. DATA DE MUERTE**

|  |
| --- |
| **XI. CONCLUSIONES MÉDICO LEGALES:** |
| **CAUSA DE MUERTE**:………………………………………… |

Página **8** de **10**





SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

FORMATO DE INFORME FORENSE DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

**MANERA DE MUERTE** desde el punto de vista médico legal

**Violenta**: Especifique:

**Natural**:

Súbita Repentina

**Indeterminada**:

**A Determinarse** con resultados de Laboratorio:

**ESTUDIOS SOLICITADOS**: Si:

No:

Recomendaciones: (Describa)

|  |
| --- |
| **XII. ANEXOS** |
| Diagrama corporal Fotografías:  Acta de Cadena de custodia:  Imágenes de rayos X:  Resultados de laboratorio: Si: No: Observación: A la espera |

**EL PERITO MÉDICO(A) LEGISTA**

**N° Acreditación al CNJ: Correo electrónico:**

Página **9** de **10**





SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

FORMATO DE INFORME FORENSE DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

**Nota Técnica: para llenado apóyese en la Guía correspondiente, evite contenido de poco valor como aporte en la investigación.**

Página **10** de **10**

