



SOLICITUD DE EXAMEN MEDICO LEGAL

Dependencia requirente:

Fecha y Hora de solicitud:

Legajo de Investigación/ Expediente N°:

Juzgado/ UFI interviniente:

PERSONA A EXAMINAR

Nombre y Apellido:

DNI: edad: teléfono:

Domicilio:

El/la causante es:

DAMNIFICADO <input type="checkbox"/>	DETENIDO <input type="checkbox"/>	INTERNADO <input type="checkbox"/>
Estado Psicofísico, Si presenta Lesiones Data de las mismas, Tiempo de curación, Si se consideran días de incapacidad Todo dato de interés.	Estado Psicofísico actual, Si presenta o no lesiones, Data de las mismas. Si puede permanecer detenido alojado en sede policial y/o judicial. Y cualquier otro dato que se estime de interés.	Estado Psicofísico, Si presenta Lesiones Data de las mismas, Tiempo de curación, Si se consideran días de incapacidad Todo dato de interés.

Funcionario Interviniente

Firma y sello

Sello de Dependencia Policial

Funcionario a cargo

Firma y sello

SECCION MEDICINA LEGAL

N° de Protocolo:

Médico Legista de Turno: Dr./Dra.:

Matricula Profesional:

Firma y sello de conformidad para el examen: _____

Fecha _____

Hora _____