

## Archivo de prueba de suceso



INFORME MEDICO DE LESIONES		Nr. 0002750	
En Santiago, a <u>23</u> del mes de <u>12</u> del año <u>08</u> siendo las <u>9:45</u> hrs. y de conformidad con lo señalado en los artículos 341, 315, 322 del Código Procesal Penal, se procede a emitir el siguiente informe de lesiones:			
Nombre Completo Examinado: <u>Andrés Ortega Castro</u>			
Rut: <u>12318376</u>	Edad: <u>40</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
1.- Diagnóstico clínico de las lesiones y breve descripción del examen físico relevante: Erosiones, cicatrices, heridas contusas, heridas cortantes, heridas punzantes, equimosis, hematomas, etc. Describir hallazgo positivo, motivo del diagnóstico, con ubicación topográfica. <u>1.- Laceración + hematoma lineal en la región dorsal</u> <u>2.- Hematoma + Equimosis en ambos brazos.</u>			
2.- Método de Diagnóstico <input checked="" type="checkbox"/> Examen Físico <input type="checkbox"/> Imagenología <input checked="" type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorio <input type="checkbox"/> Otros			
3.- Describir brevemente origen de la lesión: Según relato lesionado: <u>Objeto contundente metálico</u> Según Apreciación Clínica: <u>Objeto contundente</u>			
Ej: Caída de Altura, Objeto Contundente, etc. No puede el médico certificar la intencionalidad de la caída ni diferenciar entre objetos contundentes causantes: palo, piedra, manopla, etc.			
4.- Lesiones que ocasionarán al lesionado enfermedad y/o incapacidad para el trabajo por <u>10</u> días. <small>Si el examinado es un niño, o una persona que no trabaja, se considera el tiempo que tarda en poder realizar una actividad normal para su edad o para su condición previa al momento de ser lesionado.</small>			
5.- Diagnóstico Médico Legal de las lesiones: Leves <input checked="" type="checkbox"/> (0 a 7 días) <input type="checkbox"/> Menos Graves (16 a 29 días) <input type="checkbox"/> Graves (más de 30 días)			
6.- Identificación persona que acompaña al lesionado (Nombre y Calidad) Acompañado <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <small>Parentesco, Funcionario de Carabineros, ambulancia, Vecino, Etc.</small>			
7-Evidencia Recolecta	ESPECIE	NUE	DESTINO
<small>Prendas de vestir u objetos relacionados con lesiones encontradas. Describir y mantener con cadena de custodia.</small>			
NOMBRES APELLIDOS R.U.T. FIRMA		Firma del Médico DAU N° <u>51434</u> TIMBRE	