

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO

A los 6 días del mes de JULIO de 2022, YO, **OSCAR DAVID MALDONADO ROBAYO**, una vez informada(o) sobre la importancia de los procedimientos de pericia forense que se van a realizar para la investigación; otorgo de manera libre, voluntaria y sin coacción alguna el consentimiento para:

1. La realización del examen físico médico legal. SI: ☒ NO: ☐
2. Toma de fotografías o registros visuales, exámenes de imagen y se lleve un registro de los mismos SI: ☒ NO: ☐

EN AGRESION SEXUAL:

3. Obtención de mis fluidos corporales o muestras biológicas y la realización de los exámenes forenses complementarios. SI: ☐ NO: ☒
4. Administración del tratamiento de anticoncepción oral de emergencia (Si aplica). SI: ☐ NO: ☒
5. El retiro de prendas de vestir para investigación forense SI: ☐ NO: ☒

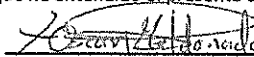
Toda víctima sin excepción será derivada, por el perito forense, al sistema integral de salud pública para seguimiento clínico. El(a) Fiscal deberá verificar que dicha derivación haya sido realizada.

AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENCIA DE PERSONAS CON CONOCIMIENTO FORENSE DURANTE EL PROCEDIMIENTO: (Si aplica)

SI: ☐ x NO: ☐

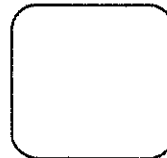
OBSERVACIONES:

Declaro que he entendido el presente documento y como constancia de ello firmo.

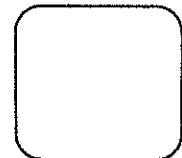
FIRMA: 

Cédula de identidad o Pasaporte: **1727462861**

HUELLA PULGAR DERECHO



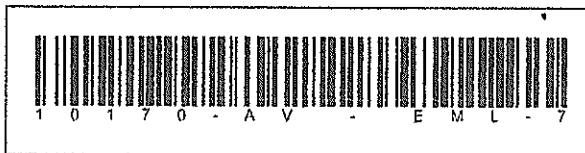
Examinado



Quien autoriza


Si la víctima es de otra nacionalidad o presenta discapacidad se podrá tomar la huella del índice derecho.

Nombre del Perito:	Med. Dennis Shaif Garcia	Número de cédula:	1756886659
Mail:	dennis.shaif@funcionjudicial.gob.ec		
Número de acreditación:	1835197	Firma:	




## ACTA DE EXÁMEN MÉDICO LEGAL

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.-FISCALÍA PROVINCIAL DE PICHINCHA.- SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL.- En el cantón de CAYAMBE, a los Seis días del mes de Junio de 2022, a las 08:22:04, designo como perito a el(la) SEÑOR(A)(ITA) \_\_\_\_\_, con acreditación Nro. \_\_\_\_\_, quién se encuentra debidamente acreditado ante el Concejo de la Judicatura, a fin de que realice el(la) EXAMEN MEDICO LEGAL al señor(a) MALDONADO ROBAYO OSCAR DAVID de 21 años de edad; por supuestas LESIONES causadas a su persona, debiendo posesionarse al instante de la pericia. El Perito deberá presentar su informe a la brevedad posible. Por encontrarse de Turno actúe el(la) señor(a) AB. NANCY CABASCANGO como Secretario(a) en la presente causa. HAGASE SABER Y CÚMPLASE.-

  
DRA. DIANA SEGARRA  
FISCAL DEL TURNO  
SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL

En el cantón de CAYAMBE, a los Seis días del mes de Junio de 2022, a las 08:37, ante el(la) DRA. DIANA SEGARRA, Fiscal de Turno de PICHINCHA, comparece con el objeto de posesionarse del cargo de Perito el(la) SEÑOR(A)(ITA) \_\_\_\_\_, quien fue nombrado para la práctica del EXAMEN MEDICO LEGAL al señor(a) MALDONADO ROBAYO OSCAR DAVID de 21 años de edad; juramentado el perito, que fue en legal y debida forma, jura desempeñarse fiel y legalmente en su cargo, para constancia firma la presente acta junto con el(la) señor(a) Fiscal y el(la) Secretario(a) que CERTIFICA.-

  
DRA. DIANA SEGARRA  
FISCAL DE TURNO  
SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL

SEÑOR(A)(ITA) \_\_\_\_\_  
PERITO

  
AB. NANCY CABASCANGO  
SECRETARIO DE TURNO  
SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL

Cayambe, ..... de Junio del 2012 N° H. CL. ....

Nombres: Osa y Piedad Rosendo C. 1274648-1

Edad 21 años Sexo: M ☐ F ☐

Diagnóstico CIE: .....

Antecedente de alergias: .....

Rp. ....

**DATOS DEL MEDICAMENTO:** DCI, forma farmacéutica, vía de administración, concentración, principios activos, cantidad del medicamento, dosis

CERTIFICADO MEDICO

CERTIFICADO DE PACIENTE: Osa

Y Piedad Rosendo, C.I.: 12746286

Asunto A GABARITO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Y RESERVA:

- Fx (Tracuris) de terapia profilaxia de la

Nube CIE 10 (J50.2)

- Desuso de Seta CIE 10 (J34.2) No. REG: 0502967981

Causas: Neerita de Frecuencia

NOMBRE DEL PRESCRIPTOR: .....  
FIRMA Y SELLO: .....

Dr. José Luis Gómez de la Cruz

Pg. Otorrinolaringología

No. REG: 0502967981

FIRMA Y SELLO: .....

TELEFONO: .....

Cayambe, .....

Nombres: .....

Indicaciones: .....

MEDICAMENTO	DOSIS	VIA ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN

Signos de alarma: .....

Recomendaciones no farmacológicas: .....

NOMBRE DEL PRESCRIPTOR: .....

FIRMA Y SELLO: .....

TELEFONO: .....