

## HOJA DE TRABAJO DE DETERMINACIÓN DE SEXO

Redactado por: Dra. Hildebranda Saborío Editado por: Dr. Devis Sierra Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor, Dra. Hildebranda Saborío, Aprobado por: Dra. Olga Pérez

CF-F119-1 V01



	Dra. Norm	a Avila				D ( N	0.4.1.2	
Dictamen N°:		Fecha:		_		Página N	1 de 2	
		recna:	día	mes	año	Hora: _ ○ am	O pm	
Dr. (a.) que evalúa:								
1. DATOS GENERALES								
1.1. Datos del evaluado								
a) Nombre:		b) Identidad:						
		c) Fecha de nacimiento:  /  día mes año						
d) Edad:		e) Estado civil:			ula	mes	ano	
f) Escolaridad:		g) Ocupación:						
h) Dirección:			7	- b				
				11				
1.2. Datos del acompañant	te			2 10.7				
a) Nombre:		<b>b)</b> Identidad:			( A			
		c) Relación:			1			
1.3. Autorización de la eva	luación							
	0.4	46						
Autoriza la evaluación:	O Sí O No	Firma:		2		70		
155	7500	FOU	4		1		M	
2. HISTORIA MÉDICO LEGAL								
2.1. Historia médica (razón	por la cual le indican el exam	ien)						
		- L		1	3		2	
	//	1		7	X	lange.	(°	
		E		/	A.		1	
		-				11		
		1						
2.2. Antecedentes persona	ales patológicos (relacionado	s a la valoració:	n, por e	jemplo	desnutric	ión, anorma	alidades	
del crecimiento, deger	nerativos, etc.)							
		1 k						
			14			/		
			1					
		Name and Park						
2.3. Antecedentes persona	les quirúrgicos							
~	1		40	00				
	Mind	T- 00	h III					
	SEPri	OPU	M.					
	OI I		To land					
2.4. Antecedentes gineco o	obstétricos							
a) Gestaciones:	b) Partos:	c) Cesáreas:			<b>d)</b> Aborto	os:		
	<u> </u>	ı						



## HOJA DE TRABAJO DE DETERMINACIÓN DE SEXO

CF-F119-1 V01



Redacta	do por: Dra. Hildebranda Saborío	Editado por: Dr. Devis Sierra	Revisado Dra. Nor	por: Dra. Patricia Villaseñor, Dra ma Ávila	. Hildebranda Sabo	río, Aprobado po	r: Dra. Olga Pérez			
						P	Página N° 2 de 2			
3. EX	AMEN FÍSICO									
3.1.	Peso:			<b>3.2.</b> Talla:						
3.3.	Estado general y nutric	ional:								
					1					
3.4.	Apariencia de la ropa:	O Masculino		O Femenino	3.5. N	Maquillaje:				
3.6.	Vello:	O Bigote		O Barba		O Vello to	rácico			
3.7.	Características de las m			O Masculinas		neninas				
3.8.	Cartílago cricoides pror	ninente:		O sí	O No					
3.9.	Genitales externos:	O Vello púbico	/1	O Rasurado	O Gin	ecoide	O Androide			
	O Vulva	O Labios mayore	:S	O Labios menores	O Vag	ina	O Clítoris			
	O Pene	Desarrollado:		O sí	O No					
	Testículos descendidos			O sí	O No					
3.10.	Observaciones (describi	r alteraciones anatómi	cas):		1					
			AT			(3)				
			11		1					
Dagu	menta con fotos:			O sí	O No					
- 4	stra de sangre (3 cc) en t	uho con tanón morado	20	17420		<b>—</b>				
	estudio de ADN en los la		W	O Sí	O No					
Refer	encia a hospital:	4	1	O Sí	O No					
Diagr	nóstico presuntivo:					4	70			
Exám	enes solicitados a hospit	ales:		1-5			92			
	es hormonales:	7		11	/		A			
1000	sonido de abdomen bajo		Z							
	genital:			1						
	que el caso amerite:									
COMENTARIO MÉDICO LEGAL										
				31						
-			-			_/_				
	-						_/_			
CON	CLUSIONES									
		Ilm.		- 1	300					
		11/51		- Darn	11					
accide i ma										
PERIT	O RESPONSABLE									
Firma	y sello									

Cualquier corrección o nota de ampliación en este documento es válida sólo con una firma autorizada.