

Redactado por: Dra. SABORIO, Dr. Gustavo Castro Editado por: Dra. Mildred. Alvarenga/ Ing. Claudia Martínez Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor. Dra. Elsa Dávila Aprobado por: Dr. Ismael Raudales

Autoridad Solicitante:	Fiscalía a la que se Remite:	Dependencia de Solicitante:
------------------------	------------------------------	-----------------------------

1.Datos generales	
Numero de dictamen:	Numero de denuncia:
Fecha y hora de evaluación:	Lugar de la evaluación:
Causa o delito:	Solicitud recibida en fecha:

2.Datos del evaluado			
Nombre del evaluado:		Fecha de nacimiento:	
Numero de identidad/pasaporte/carné de residencia:			
Edad:	Sexo:	Nacionalidad:	Estado civil:
Escolaridad:	Ocupación:	Actividad manual:	
Dirección:			
		Número de teléfono:	

2.1. Datos del acompañante	
Nombre:	
Numero de identidad/pasaporte/carne de residencia:	
Relación:	

3.Consentimiento Informado	
YO _____	
- luego de haber sido suficientemente informado sobre los procedimientos a realizar AUTORIZO A LA DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE para que realice:	
1-) Evaluación física Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2-) Toma de muestra Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3-) Revisión de Expediente clínico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 4-) Registro fotográfico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5-) Otros que amerite para la investigación criminal	
(especifique): _____	
Nombre: _____	<div>Huella digital</div>
Firma: _____	
Numero de identidad/pasaporte/ carné de residencia: _____	
Lugar de la evaluación: _____	

4.Historia médico legal
(El medico efectúa la anamnesis de forma breve y precisa en la cual pregunta en relación al embarazo o al aborto o parto reciente “que, y como ocurrió”, “donde y cuando ocurrió el hecho” y si el embarazo es producto de una relación consentida o no; tipo de relación o parentesco (Familiar, novio, custodio, etc.); circunstancias en que ocurrió el hecho (Utilizó la fuerza, bajo amenaza o mediante la ingesta de alguna sustancia). Si está embarazada preguntar: Cuando se enteró que estaba embarazada y como (prueba rápida), y si se hizo algún examen laboratorial o ultrasonido, Fecha de Ultima Menstruación, Fecha Probable de Parto, número de controles prenatales y donde se lo realiza, si tiene actividad uterina, Sangrado trans Vaginal, salida de líquido amniótico, se le mueve el bebe. En aborto fecha y hora de inicio del sangrado transvaginal o actividad uterina, expulsión de coágulos, producto del embarazo y placenta (donde los expulso). Si uso medicamentos: Cuales, vía oral, vaginal u otros, dosis que uso, quien le indico el medicamento, donde lo compro o se lo dieron o pusieron. Asistencia médica, diagnóstico, tratamiento. Incluir todo lo relacionado al embarazo y aborto. Preguntarle si porta el carnet prenatal y luego transcribirlo todo en apartado de revisión de expediente. SI HAY SANGRADO TRANSVAGINAL ACTIVO IMPORTANTE PRIMERO REFIERALA A GINECO OBSTETRICIA DE EMERGENCIA, Y LUEGO VALORELA AL ESTAR ESTABLE. (Siempre tiene que valorarla).

Redactado por: Dra. SABORIO, Dr. Gustavo Castro Editado por: Dra. Mildred Alvarenga/ Ing. Claudia Martínez Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor. Dra. Elsa Dávila Aprobado por: Dr. Ismael Raudales

4.1. Asistencia Médica.

c) Recibió asistencia médica: Si ☐ No ☐

Nombre de la Clínica (CESAR, CESAMO, ETC): _____ Expediente Nº: _____

Nombre de la Institución Hospitalaria: _____ Expediente Nº: _____

Porta carne prenatal, prueba de embarazo, u ultrasonido: _____

Tipo de asistencia y medicación: _____

4.2. SIGNOS Y SINTOMAS PRESUNTIVOS DE EMBARAZO:

a) Retraso Menstrual:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	b) Aumento de Abdomen:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
b) Nauseas	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	d) Aumento de Mamas:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
c) Vómitos:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	f) Sangrado Transvaginal Diferente:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
e) Salida Liquido por Mama	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	h) Aumento Frecuencia Urinaria:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
g) Medicación: Prenatales:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>			
i) Otros especifique:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>			

4.3. Datos del supuesto padre:

a) Sexo:	b) Raza:	c) Edad:	d) Contextura:
e) Talla:	f) Relación afectiva:	g) Parentesco:	

h) Otras características (Tatuajes, cicatrices, color de cabello, barba, bigote, lunares, etc.):

4.4 Antecedentes:

1. Patológicos Si ☐ No ☐ cuales _____

2. Traumáticos Si ☐ No ☐ cuales _____

3. Quirúrgicos Si ☐ No ☐ cuales _____

4. Hospitalarios Si ☐ No ☐ causa _____

5. Alérgicos Si ☐ No ☐ cuales _____

4.5. Antecedentes Sexuales:

a) Vida sexual activa: No: ☐ Si: ☐ Con qué frecuencia: _____

Fecha ultima relación sexual: ____ / ____ / ____

Redactado por: Dra. SABORIO, Dr. Gustavo Castro Editado por: Dra. Mildred Alvarenga/ Ing. Claudia Martínez Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor. Dra. Elsa Dávila Aprobado por: Dr. Ismael Raudales

b) Infecciones de transmisión Sexual (Previa):
c) Flujo Vaginal (color, cantidad, forma, olor, etc.)
Usa algún método anticonceptivo: Si: ☐ No: ☐ ¿Cuál?:

4.6. Historia Gineco Obstétrica (Este inciso es exclusivo para casos de mujeres embarazadas)

Fecha de la última menstruación ____/____/____ Semana de gestación ____ Embarazo controlado Si ☐ No ☐
Mernarquia ____ Gestas ____ partos ____ Abortos ____ Cesarea ____ hijos Vivos ____

5.Examen físico

5.1 Medidas antropométricas: Peso: ____ Talla: ____ Índice de masa corporal en kg/m²: ____	Signos vitales: Frecuencia cardiaca y pulso: ____ por minuto Frecuencia respiratoria: ____ por minuto Presión arterial: ____ mm de Mercurio
--	---

5.2. Descripción de estado mental y apariencia personal:

Deambulación: Normal ____ Claudicante ____ Asistida ____ Otros: ____
Estado Mental: Lucido ____ Consciente ____ Orientado ____ Otros: ____

a) Cara (Incluye cuello): (buscar cloasma gravídico)

b) Tórax y mamas: (buscar aumento de la mama, hiperpigmentación de la areola pezón, salida se secreciones láctea o calostro por el pezón, estrías mamarias)

c) Abdomen: (hiperpigmentación de la línea alba, y estrías)

Evidencia de embarazo: Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>	
Frecuencia cardiaca fetal: ____ por minuto.	Altura de fondo uterino: ____ cm.
Movimientos fetales presentes: Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>	Salida líquido amniótico: Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>
Actividad uterina: ____ cm.	Sangrado trans vaginal: Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>
Otros: ____	

d) Extremidades superiores e inferiores:(, edema, etc.)

e) GENITALES: (describir apariencia general, lesiones, sangrado transvaginal, salida de líquido amniótico, desgarros, episiotomía, enfermedades de transmisión sexual, presencia de objetos extraños u otros hallazgos)

Redactado por: Dra. SABORIO, Dr. Gustavo Castro

Editado por: Dra. Mildred Alvarenga/ Ing. Claudia Martínez

Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor. Dra. Elsa Dávila

Aprobado por: Dr. Ismael Raudales

f) Genitales Internos: (objetos extraños (pastillas, sondas, etc.), etc.)

Lesiones vaginales: Si: ☐ No: ☐ Descripción:

Presencia de secreciones: Si: ☐ No: ☐ Descripción:

Presencia de sangrados: Si: ☐ No: ☐ Descripción: (si hay o no loquios, fétides o no)

Cérvix:

Útero:

Anexos:

g) Otros Hallazgos:

h) Especuloscopia (cuando aplique) (Hallazgos:(objetos extraños (pastillas, sondas, etc.), señales de manipulación del cérvix, etc.)

5.3. Ano: (Describir presencia de lesiones, cuerpo extraño otros)

5.4. Muestras recolectadas: (solamente si lo solicitan)

Hisopado vulvar ☐

Hisopado vaginal ☐

Hisopado rectal ☐

Sangre ☐

Orina ☐

Objetos Extraños: (especificar sitio del que es tomado y describir sus características forma, color. Consistencia, envoltura, tamaño u otro)

Otros que el caso amerite:

5.5. Documento con fotografías: Si☐ No:☐ (Recordar poner iniciales de la evaluada, numero de dictamen, fecha y apellido del perito evaluador)

5.6. Solicitud de exámenes de laboratorio, pruebas biológicas, procedimientos:

Prueba de embarazo ☐

Determinación de infecciones de transmisión sexual ☐

Remisión a hospitales ☐

Revisión de expediente ☐

Ultrasonido ☐

Impregnación en papel FTA ☐

Para eventual ADN

Para eventual ADN

Otros

5.7. Revisión de expediente clínico. (Resumen de expediente clínico atención medica brindada y procedimientos quirúrgico realizados y hallazgos encontrados).

Redactado por: Dra. SABORIO, Dr. Gustavo Castro	Editado por: Dra. Mildred Alvarenga/ Ing. Claudia Martínez	Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor. Dra. Elsa Dávila	Aprobado por: Dr. Ismael Raudales
---	--	--	-----------------------------------

6.Comentario médico legal.

7.Conclusiones

8 Datos del Evaluador	
Nombre del Médico evaluador:	Numero de Colegiación:

FIRMA Y SELLO MEDICO EVALUADOR _____