

Redactado por: Dr. R. Rivera

Editado por:
Dra.M..Alvarenga
Dra.,Y.Molina

Revisado por:Dr: R. Ayala

Aprobado por:Dr: I. Raudales

Página 1 de 4

PARA USO EXCLUSIVO DE MORGUE:

- a.- Medico que recibe el cuerpo _____
b.-Auxiliar que recibe el cuerpo _____
c.- Fecha de Recepción: _____ Hora: _____

1. DATOS DEL LEVANTAMIENTO

- 1.1. LEVANTAMIENTO N°: _____
AÑO _____ SEDE _____ CÓDIGO DE DEPARTAMENTO, SECCIÓN O UNIDAD PERICIAL _____ CORRELATIVO _____
1.2. REPORTADO POR: _____ HORA: ____:____ Fecha: ____/____/____
SISTEMA DE 24 HORA DD MM AAAA
1.3. FECHA DE LEVANTAMIENTO: ____/____/____ HORA DE INICIO: ____:____
DD MM AAAA SISTEMA DE 24 HORAS
1.4. AUTORIDAD FISCAL/JUEZ PAZ: _____
1.5. INVESTIGADOR: _____
1.6. INSPECTOR OCULAR: _____
1.7. MEDICO FORENSE _____
1.8. AUXILIAR/ RECEPTOR _____
1.8. MOTORISTA: _____
1.9. LUGAR DEL LEVANTAMIENTO: _____
DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____
CIUDAD, PUEBLO, ALDEA, CASERIO _____ BARRIO, COLONIA _____ DIRECCION ESPECIFICA _____
1.10.FECHA DE MUERTE: _____ HORA DE MUERTE: _____
Fecha exacta (dd/mm/aaaa) o rango de fecha SISTEMA DE 24 HORAS O RANGO

- 1.11. COORDENADAS GPS LATITUD _____ LONGITUD _____

EL LUGAR DONDE OCURRIO EL LEVANTAMIENTO ES EL MISMO LUGAR DEL HECHO SI ☐ NO ☐

- 1.12. LUGAR DEL HECHO: Desconocido ☐ _____
DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____
CIUDAD, PUEBLO, ALDEA, CASERIO _____ BARRIO, COLONIA _____ DIRECCION ESPECIFICA _____
1.13. FECHA DEL HECHO: ____/____/____ HORA DEL HECHO: ____:____
DD MM AAAA SISTEMA DE 24 HORAS

2. DATOS DEL OCCISO/FALLECIDO

- 2.1. DESCONOCIDO: ☐ SUPUESTO: ☐
2.2. NOMBRE: _____
2.3. TIPO DE IDENTIFICACION:
Tarjeta de Identidad ☐ Licencia Conducir ☐ Certificado de Nacimiento ☐ Pasaporte ☐
Identificación Visual ☐ Relación con el Occiso _____
Otro ☐ Especifique _____
2.4. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: _____
2.5. FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
2.6. EDAD: _____ 2.7. SEXO: _____ 2.8.RAZA: _____
2.9. COMPLEXION: _____ 2.10.ESCOLARIDAD: _____
2.11.ESTADO CIVIL: _____ 2.12.OCUPACION: _____
2.13. NACIONALIDAD: _____
2.14. DOMICILIO: _____
DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____ CIUDAD, PUEBLO, ALDEA, CASERIO _____
BARRIO, COLONIA _____ DIRECCION ESPECIFICA _____

3. HISTORIA MEDICO LEGAL

- 3.1. MUERTE BAJO CUSTODIA ☐ 3.2. ENCOSTALADO ☐ 3.3. MUERTE MATERNA ☐
3.4. FETO ☐ / RECIEN NACIDO ☐ 3.5. OTRO _____ 3.6. N° MUERTOS EN ESCENA _____

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

Firma y sello del médico forense

E

FECHA DE EMISIÓN
2024.08.23

Emitido por: informatica

DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA FORENSE
Colonia Villas del Sol, Bulevar las Torres, contiguo a Escuela Saint Peter's
San Pedro Sula Teléfono: 25662599

Redactado por: Dr. R. Rivera

Editado por:
Dra.M..Alvarenga
Dra.,Y.Molina

Revisado por:Dr: R. Ayala

Aprobado por:Dr: I. Raudales

Página 2 de 4

4. DESCRIPCION DE LA ESCENA

4.1 TIPO DE ESCENA: ☐ ABIERTA ☐ CERRADA ☐ MIXTA ☐ MODIFICADA

DESCRIPCION: DESCRIBA TODO LO QUE ESTÁ ALREDEDOR DEL CUERPO QUE ESTE RELACIONADO CON LA MUERTE

4.2 POSICION DEL CUERPO:

4.3 ZONA: ☐ URBANA ☐ RURAL ☐ INTERURBANA CARRETERA ☐ OTRA

4.4 LUGAR DE LOS HECHOS: ☐ CASA ☐ VIA PÚBLICA ☐ ESPACIO DEPORTIVO
☐ FINCA/CAMPO ☐ BAR O SIMILARES ☐ RIO/LAGUNA/MAR ☐ CARCEL/CENTRO DE MENORES
☐ LUGAR DE TRABAJO ☐ DESCONOCIDO/SIN DATOS ☐ OTROS

5. PORTA ROPAS SI ☐ NO ☐

5.1. DESCRIPCION DE LAS ROPAS ESPECIFIQUE SI VISTEN O CUBREN EL CUERPO. INDIQUE SI SE ENCUENTRAN CON EL CADAVER OTROS OBJETOS COMO COLCHAS, SABANAS, TOALLAS, ETC.

6. PORTA PERTENENCIAS SI ☐ NO ☐

6.1. DESCRIPCION DE PERTENENCIAS

ENTREGAS	PERTENENCIAS
Entregadas en la Escena (Inspecciones Oculares o familiares con Visto Bueno del Fiscal)	
No entregadas en la Escena (sin poderse extraer del cuerpo, se envían a morgue con el cuerpo)	

NOTA: Dé encontrarse en la escena equipo informático como computadora, celulares, reloj, anillo, tarjetas de crédito, débito y dinero entre otros, DEBERÁN SER ENTREGADOS EN LA ESCENA a la autoridad fiscal/Inspecciones oculares.

7. FENOMENOS CADAVERICOS:

HORA DE EVALUACION FC: :
SISTEMA DE 24 HORAS

7.1. ESTADO DEL CUERPO:

CONSERVADO ☐ PUTREFACTO ☐ REDUCCION ESQUELETICA ☐
FASE CROMÁTICA ☐
FASE ENFISEMATOSA ☐
FASE COLICUATIVA ☐

7.2. FENOMENOS CADAVERICOS: VALORABLES ☐ NO VALORABLES ☐

7.3. TEMPERATURA CORPORAL:

7.3.1 CALOR CORPORAL: SIO NOO
7.3.2ENFRIAMIENTO CADAVERICO SIO + ++ +++

7.4. RIGIDEZ:

a. AUSENTE ☐ b. COMPLETA ☐ c. INCOMPLETA ☐
c.1. MUSC. MASETEROS ☐ c.2. CUELLO ☐

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

Firma y sello del médico forense

E

FECHA DE EMISIÓN
2024.08.23

Emitido por: informatica

DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA FORENSE
Colonia Villas del Sol, Bulevar las Torres, contiguo a Escuela Saint Peter's
San Pedro Sula Teléfono: 25662599

Redactado por: Dr. R. Rivera

Editado por:
Dra.M..Alvarenga
Dra.,Y.Molina

Revisado por:Dr: R. Ayala

Aprobado por:Dr: I. Raudales

Página 3 de 4

c.3. MUSC. SUPERIORES

☐

c.4. MUSC. INFERIORES

☐

7.5.1. LIVIDECEC SI ☐ NO ☐ DISTRIBUCION, COLOR Y FORMA _____

7.5.2. MODIFICABLES:	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
7.6.1. SIGNO SOMMER	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
7.6.2. SIGNO STENON LOUIS	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
7.6.3. ESPASMO CADAVERICO	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

7.7.INTERVALO POST MORTEM _____

8. ALTERACIONES (Tatuajes, cicatrices, señas particulares, prótesis, heridas quirúrgicas, características dentales)

9. EVIDENCIA EXTERNA DE TRAUMA

10. MUERTE EN HOSPITAL

10.1 SOSPECHA DE MALA PRAXIS SI ☐ NO ☐

10.2 FECHA DE INGRESO: ____/____/____
DD MM AAAA

10.3 EXPEDIENTE HOSPITALARIO: ☐ ORIGINAL ☐ COPIA

10.4 EPICRISIS: ☐ ORIGINAL ☐ COPIA

10.5 HOSPITAL: _____ BLOQUE: _____ SALA: _____

10.6 SERVICIO: _____ Nº DE EXPEDIENTE: _____ Nº DE FOLIOS: _____

Redactado por: Dr. R. Rivera

Editado por:
Dra.M..Alvarenga
Dra.,Y.Molina

Revisado por:Dr: R. Ayala

Aprobado por:Dr: I. Raudales

Página 4 de 4

11. DATOS DE LA MUERTE

- 11.1. CAUSA DE MUERTE PRELIMINAR: _____
- 11.2. MANERA DE MUERTE PRELIMINAR:
☐ HOMICIDA ☐ SUICIDA ☐ NATURAL ☐ PENDIENTE DE INVESTIGACION
☐ ACCIDENTAL TIPO _____ (EJ. DE TRANSITO TIPO VOLCAMIENTO, COLISIÓN,
ATROPELLO, CAIDA, SUMERSIÓN, ETC)
- 11.3. AGENTE O INSTRUMENTO UTILIZADO:
☐ VEHICULO _____ ☐ PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO
☐ ARMA BLANCA _____ ☐ A DETERMINAR POR AUTOPSIA
☐ OBJETO ROMO _____ ☐ SUSTANCIA TÓXICA _____
☐ LAZO ESPECIFIQUE _____ ☐ OTRO _____

12. DESTINO DEL CADAVER

- ☐ AUTOPSIA MEDICO LEGAL ☐ DEPOSITO ☐ ENTREGADO A FAMILIARES _____
☐ RIESGO BIOLÓGICO _____

ENTREGA EN ESCENA AUTORIZADA POR:

COMPLETE EL SIGUIENTE CUADRO EN CASO DE QUE EL CUERPO SEA ENTREGADO EN LA ESCENA:

CAUSA DE MUERTE:

PARTE I

A) _____

B) _____

C) _____

D) _____

PARTE II OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE

MANERA DE MUERTE: _____

13. OBSERVACIONES(MUESTRAS RECOLECTADAS POR INSPECCIONES OCULARES, OBJETOS RELEVANTES RELACIONADOS A LA ESCENA, PROBLEMAS EN LA ESCENA U OTRAS SITUACIONES RELEVANTES EN EL LUGAR DE LEVANTAMIENTO)

14. FECHA DE FINALIZACION DE LEVANTAMIENTO: _____/_____/_____
DD MM AAAA

15. HORA DE FINALIZACION DEL LEVANTAMIENTO: _____:_____
SISTEMA DE 24 HORAS