



Redactado por: H. Saborio, N. Avila Editado por: C. Martinez	Revisado por: H. Saborio, N. Avila. Aprobado por: Dr. Roque
Dictamen №:	Fecha: / / Hora: :
Dr. (a) que evalúa:	día mes año Formato 12 hrs a.m.: O p.m.: O
1. DATOS GENERALES	
1.1. Datos del evaluado	
a) Nombre Completo:	
b) Identidad:	c) Edad:
d) Sexo: MasculinoO FemeninoO	e) Fecha de nacimiento: / /
	día mes año
f) Estado civil:	g) Ocupación:
h) Escolaridad:	i) Numero de denuncia:
j) Teléfono	k) Actividad manual: Derecha O Izquierda O Ambas: O
I) Dirección:	
1.2. Datos del acompañante	
a) Nombre:	b) Identidad:
c) Firma:	d) Relación:
e) Dirección:	25 15.97
2. AUTORIZACION DE LA EVALUACION	
2. Datos de la Evaluación	
y como ocurrió", el hecho y si el agresor es conocido o no; tipo ocurrió el hecho (Que objeto utilizo para agredirlo, lugares do sangrado (cantidad?). Si recibió o no asistencia médica (¿don procedimiento se realizó). Estado actual (asintomático o des Ultima Menstruación, Fecha Probable de Parto, número de contes violencia domestica preguntar desde cuando la agrede, frece estado de salud preguntar síntomas y signos, semiología de es cada patología que presente. En detenido además de las lesion	de forma breve y precisa en la cual pregunta "fecha, hora día en que ocurrió", "donde de relación o parentesco (Familiar, novio, vecino, desconocido); ci rcunstancias en que onde recibió los traumas). Si hubo o no perdida de la consciencia (cuánto tiempo?), de? Hospital o clínica fecha y hora de ingreso y egreso, diagnostico, estudios, que ciribir síntomas o limitaciones funcionales). Si está embarazada preguntar Fecha de troles prenatales, si tiene dolor tipo obstétrico, actividad uterina, Sangrado Vaginal. Si uencia y número de denuncias Preguntar si ya fue valorado en Medicina Forense. En stos, evolución lugares de atención, estudios, tratamientos, citas, referencias etc. de es, si le dieron de comer, beber, ir al baño, le permitieron dormir o no, si le pusieron por adormecimiento y hormigueo, sensibilidad y temperatura distal de manos. Y
	000
niste	rio Publica





Redactado por: H. Saborío, N. Ávila	Editado por: C. Martínez	Revisado por: H. Saborío, N. Ávila.	Aprobado por: Dr. Roque
*		•	^ ^
2.2. Antecedentes previos	nn al áras afactada		
2.2. Antecedentes previos	sii ei ai ea ai ectaua		
2.3 Funciones orgánicas ge	nerales		
Sed:			
Apetito:			
Micción:			
Defecación:			
Sueño:		MULLIA	
2.4 Antecedentes penitenc	iarios		
Detenido si O no O	101		47
Fecha de inicio de reclusi	on		
Lugar de reclusión			15)
Delito			
Sentencia firme O pro	ocesado O		
Celda / módulo de reclus	ión		3 7 10
Cantidad de personas en	la celda/módulo		
2.5. Antecedentes persona	les, patológicos, hospitalar	ios, traum <mark>áti</mark> cos y quirúrgicos:	
		20 35-	
		7	170
		1	V 12:
	77		
		9 5	
— 1			
		l bo	
2.6. Dovinión mon anaugho	Sugar a visitation		
2.6. Revisión por aparato, o			
2.6.1. Sistema	respiratorio		
2.6.2. Sistema	Cardiovascular		
	XVIII		00
	Thin	Tol:	10-
2.6.3. Sistema	Digestivo	Ario Pilly	
		CIIUI	
2.6.4. Sistema	Genitourinario		
2.6.5. Sistema	Hemolinfopoyetico		
2.6.6. Sistema	Endocrino		
2.0.0. 313tellid	LINGUINU		





Redacta	do por: H. Saborío, N. Ávila	Editado por: C. Martínez Re	visado por: H. Saborío, N. Ávi	la. Aprobado por: Dr. Roque	
2.6	5.7. Sistema N	Nervioso			
2.6	5.8. Musculo	esquelético			
2.6	5.9. Piel y fan	eras			
	,				
2.7 Ante	ecedentes génico obs	stétricos			
a.	Menarquia	b. fecha ultima mens	truación	c. gestaciones	
d.	partos	e. cesáreas	HIII) 7	f. abortos	
g.	usa algún método a	anticonceptivo si 🔾 no 🔘	cual:		
Si está e	embarazada copiar ca	rnet prenatal			
		Odeja copia del carnet pren	atal si Ono O		
	dentes inmuno-alérgi				
		a del carnet de vacunas si 🔾	10 (1.00	
Carrier	as rataria deja copia	a del carrier de vacarias si			
13					
_ A					
	G7 /	7947			
		umo de alcohol y drogas . Esta ini el uso, tipo de bebedor (social, habitual), t			
		resivos tricíclicos (Amitriptilina, etc.), etc.	po de alconor o droga (roi	i, cerveza, crack, cigarro, pipa, cigarr	o, carruco)
Alcoho	l: si 🔘 no 🔘	cual:	T L		
			1 = 2		0/2
		V /	- F		language of the language of th
2.9.1.	Tabaquismo:	6	4 E		
			1 5		1 1
			4		, ,
2.9.2.	Marihuana:				/ /
			41		
			1		
2.9.3.	Cocaína:		42		
2.9.3.	Cocama.				
2.9.4.	Heroína:				7
		Time.		1:00	
		11164	· ID-al		
2.9.5.	Hongos:	-ster	in Pu	U	
2.9.6.	Barbitúricos:				
2.9.7.	Antidepresivos Tr	ricíclicos:			
2.5.7.	, and acpresives 11	TOTOTICO S.			
	Desire 1				
2.9.8.	Resistol:				





Redactado por: H. Saborío, N. Ávila Editado por: C. Martínez Revisado por: H. Saborío, N. Ávila. Aprobado por: Dr. Roque
2.9.9. Teofilina:
3 0 40 Ohras dusana a férmana Cí O Na O / 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2.9.10. Otras drogas o fármacos Sí O No O (ejemplos: Antitusivos con codeína, tramal, antihistamínicos, amoxicilina, enjuagues bucales a base de alcohol, etc) por la probabilidad de falsos positivos
Descripción:
2.10 ALIMENTACIÓN
Desayuno
Almuerzo
Cena
Merienda
2.11 DATOS DE LA VIVIENDA O LUGAR DONDE VIVE.
Rural O Urbano O
2.111. PAREDES
Ladrillo O Adobo O Concreto O Made <mark>ra O ot</mark> ro <mark>s O</mark> especifique
2.112. VENTILACIÓN
Ventanas O cuantaspuertas O Cuantas
2.113. ТЕСНО
Aluminio O cemento O teja O paja O otro <mark>s O espe</mark> cifique
2.114. Piso
Tierra ladrillo cemento cerámica otros O especifique
2.115. Cocina
Interior O exterior O fogón O eléctrica O gas O otros O especifique
2.116. Luz
Eléctrica ENEE O planta O candil O otros <mark>O espec</mark> ifique
2.117. AGUA
Potable SANA O pozo O rio O otros O especifique
2.118. SERVICIO SANITARIO
Letrina O Fosa séptica O Servicio sanitario O otros O especifique
2.119. Cuantas personas viven en la vivienda/casa/hogar/celda
2.1110. Cuantas habitaciones tiene la vivienda/casa/hogar/celda
2.1111. Donde duerme suelo ○ cama ○ colchoneta ○ litera ○ nivel
2.1112. Tiene animales domésticos O No domésticos O
3. Examen Físico: (Estados de salud y mala praxis IMC)
3.1. Peso: 3.2. Talla: 3.3. IMC 3.4 Complexión:
3.5 P/A 3.5 FR 3.6 FC
3.7. Apariencia General: (Incluye apreciación del nivel de conciencia, lucidez, estado emocional, estado general, nutricional, lenguaje claro y fluido, marcha y condición de las ropas)
3.8. examen físico y neurológico completo
3.8.1. Cabeza y cara





Redactado por: H. Saborío, N. Ávila	Editado por: C. Martínez	Revisado por: H. Saborío, N. Ávila.	Aprobado por: Dr. Roque	
Redactado por 11. Saborio, N. Aviia	Editado por. C. Martinez	Revisado por. 11. Saborio, N. Aviia.	Aprobado por. Dr. Roque	
3.8.2. Ojos				
		To the second se		
3.8.3. Oídos				
		WILLIA		
3.8.4. Nariz		112201	/ >	
3.0.4. IValiz				
) '		1.4 7	
3.8.5. Boca			1000	
	5/		2 7 10	
3.8.6. Cuello	200	THE RECEIVE		
		779		K0
				À
3.8.7. Tórax				
3.8.7. Torax		月月	10	
		1		
		A	/\ \ \(\Bar{\Bar{\Bar{\Bar{\Bar{\Bar{\Bar{	
		9 5		
		4		
3.8.8. Mamas				
		dr		-
3.8.9. Corazón				
3.8.3. COTAZOTI				
3.8.10. Pulmones	3			
	10.			
3.8.11. Abdomen	1/h.		100	
3.0.11. Abdomen	111101	a null		
	101	erin rup		
3.8.12. Columna verteb	ral			
J.J.ZZ. Columna verteb				
3.8.13. Glúteos				





Redactado por: H. Saborío, N. Ávila Editado por: C. Martínez	Revisado por: H. Saborío, N. Ávila.	Aprobado por: Dr. Roque	
3.8.14. Genitales externos			
3.8.15. Extremidades superiores			
3.8.16. Extremidades inferiores			
3.8.10. Extremidades inferiores			
	MED		
OK	MILUI		
3.8.17. Piel y faneras			
		1.00	
3.8.18. Linfo ganglionares		2 7 10	
	The same		
3.8.19 Neurológico	7799 1775		
			-
	7		
	55	4	
	7		
	4		
1 1 1	1		//
	1 to		//
			7
			1
		//	
		ico	
	Orio Pub	ico	
151	erio Pub	distance feels y applied del perito ou	Nuaday)
4. Documento con fotografías: Si: (No: (Recordar po	oner iniciales de la evaluada, numero de	e dictamen, fecha y apellido del perito eva	aluador)
4. Documento con fotografías: Si: (No: (Recordar po	ntos médicos: (anexar al manuscrit	o)	aluador)
4. Documento con fotografías: Si: (No: (Recordar positivo)) 5. Solicitud de estudios complementarios y documento o linterconsulta a odontología o Lectura de contrología de control		o)	aluador)
4. Documento con fotografías: Si: (No: (Recordar potential) 5. Solicitud de estudios complementarios y documento interconsulta a odontología () Lectura de oforense	ntos médicos: (anexar al manuscrit estudios de imágenes Cuáles?_—_	o)	aluador)
4. Documento con fotografías: Si: (No: (Recordar position de estudios complementarios y documento linterconsulta a odontología Lectura de oforense Estudios Radiológicos	ntos médicos: (anexar al manuscrit estudios de imágenes Cuáles?_—_	o) O Porta constancia medica u hoja d	e transito
4. Documento con fotografías: Si: (No: (Recordar possible) 5. Solicitud de estudios complementarios y documen O Interconsulta a odontología O Lectura de offorense C Estudios Radiológicos O Lectura de offorense	ntos médicos: (anexar al manuscrit estudios de imágenes Cuáles?_—_	o)	e transito
4. Documento con fotografías: Si: (No: (Recordar potos) 5. Solicitud de estudios complementarios y documento de la complementario de	ntos médicos: (anexar al manuscrit estudios de imágenes Cuáles?_—_	o) O Porta constancia medica u hoja d	e transito
4. Documento con fotografías: Si: (No: (Recordar possible) 5. Solicitud de estudios complementarios y documen O Interconsulta a odontología O Lectura de oforense O Estudios Radiológicos O Referencia a especialistas —	ntos médicos: (anexar al manuscrit estudios de imágenes Cuáles?_—_	o) O Porta constancia medica u hoja d	e transito





Redactado por: H. Saborío, N. Ávila	Editado por: C. Martínez	Revisado por: H. Saborío, N. Ávila.	Aprobado por: Dr. Roque
		MALTINE	
		NILU DI	
		4	/)
7 Canalusianas			4/
7. Conclusiones:			
	1		# 1 h
			1.0
		2	
	75	ON ROVE	
		7777	
		-00	
		1	
	- Y-7		
		7	
		- Ly	
			9///
		de	
			_ / /
	V/S		00
	1/h:	- 1	100
		Tomio Dilli	
		CITO I W.	



HOJA DE TRABAJO DE ESTADO DE SALUD, MALA PRAXIS Y PRIVADOS DE LIBERTAD.



CLÍNICA FORENSE Centro de Ciencias Forenses, Col. Quezada, Tegucigalpa, M.D.C. Correo Electrónico: clinicaMF@mp.hn