

PARA LA REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICO FORENSES Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Numero de caso:  Fecha:  /  /  Hora:  :

Nombre completo del Perito Evaluador:

Nombre del Representante Legal:

(En el caso de evaluación a menores de edad o personas incapaces)

I. CONSENTIMIENTO:

Yo, , después de haber sido informado (a), sobre los procedimientos que se llevaran a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación **Criminal – Judicial** y las consecuencias que se derivan de la imposibilidad de practicarlos, **OTORGO EN FORMA LIBRE MI CONSENTIMIENTO:**

Si: ☐

No: ☐

A: La Dirección de Medicina Forense  
Para realizar evaluación medica forense de:

Solicitado por:

II. AUTORIZACIÓN:

Como parte de la realización de esta evaluación medico forense autorizo a efectuar:

- Si: ☐

No: ☐

La extracción de muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses complementarios.
- Si: ☐

No: ☐

Revisión de expedientes.
- Si: ☐

No: ☐

Estudios radiológicos.
- Si: ☐

No: ☐

Evaluación odontológica.
- Si: ☐

No: ☐

La toma de impresiones dentales para modelos de estudio y registro de mordedura.
- Si: ☐

No: ☐

La realización de registro fotográfico de lesiones, indicios, y hallazgos durante la evaluación medico forense.
- Si: ☐

No: ☐

La realización de registro en video de lesiones, indicios y hallazgos durante la evaluación medico forense.

Hago constar que he leído el presente documento de forma integra, de manera libre y espontanea antes de firmarlo.

Tarjeta de Identidad:

Nombre:

Firma:

Huella Digital