



Tipo de asistencia y medicación:	
d) Antecedentes de abuso sexual previo: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Fecha: _____	
Especifique (Si ya ha sido evaluada en Medicina Forense Donde? Cuando?)	

2.3. Actividad de la evaluada después de la agresión:

a) Se bañó:	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	b) Se cambió la ropa:	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
c) Comió:	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	d) Cepillo sus dientes:	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
e) Orinó:	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	f) Usó toalla sanitaria:	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
g) Defecó:	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	h) Usó tampón:	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
i) Automedicación:									
j) Otros especifique:									

2.4. Datos del supuesto agresor (del principal cuando se trate de varios participantes):

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.):			

En caso de que haya más de un supuesto agresor, en el espacio siguiente, enumere todos los participantes, iniciando con participante 2 y de cada uno describa las características requeridas en 2.4

2.5. Antecedentes personales, patológicos, hospitalarios, traumáticos y quirúrgicos: (Leucorreas, prurito vulvar, mal olor, Diarreas, estreñimiento, parasitismo, hemorroides, cirugía anal, prurito anal etc.):

2.6. Antecedentes sexuales:

a) Vida sexual activa: No: <input type="radio"/> Si: <input type="radio"/> Con qué frecuencia: _____
Fecha ultima relación sexual (Antes del hecho): ____ / ____ / ____ Masturbación: Si (<input type="radio"/>) No: (<input type="radio"/>) Con qué? (Juguetes sexuales, dedos, palos, etc.):
Después del hecho:
b) Infecciones de transmisión Sexual (Previa):
c) Descripción de las prendas: Viste las prendas que se usaban cuando ocurrieron los hechos: Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>

Cualquier corrección o nota de ampliación en este documento es valida solo con una firma autorizada.

Modificado:
29.07.22

Las trae al examen: No () Si: ().						Se dejan para estudio: No () Si: ()					
2.7. Antecedentes Gineco - Obstétricos:											
a) Menarquia:				b) Fecha ultima Menstruación:				c) Gestaciones:			
d) Partos:		e) Cesáreas:		f) Abortos:		g) Hijos vivos:		h) Hijos muertos:			
i) Esta embarazada:		Semanas de gestación:		Actividad Uterina:		Número controles:		Fecha probable de parto:			
Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>		Movimientos fetales presentes:		Sangrado trans vaginal:		Salida líquido amniótico:		Altura fondo uterino			
Usa algún método anticonceptivo: Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/> Cuál?:											
3. Examen Físico:											
3.1. Peso:				3.2. Talla:				3.3. Complexión:			
3.4. Apariencia General: (Incluye apreciación del nivel de conciencia, lucidez, estado emocional, estado general, nutricional, lenguaje claro y fluido, marcha y condición de las ropas)											
3.5 Uso de lámpara de Wood, Hallazgos:											
3.6. Área extra genital: (Describir presencia de lesiones, manchas, fibras, pelos sueltos, etc.)											
a) Cara y Cráneo (Incluye cuello):											
b) Tórax y mamas:											
c) Abdomen (Dos tercios superiores):											
d) Extremidades superiores:											
e) Extremidades inferiores (Excepto cara interna de muslos):											
3.7. Área Para genital: (Tercio inferior de abdomen, cara interna de muslos y glúteo). Describir presencia de lesiones, manchas, fibras, pelos, sueltos, etc.											

3.8. Área Genital: Describir presencia de lesiones, manchas, fibras, pelos, sueltos, etc.

a) Características de los Genitales Externos:

Infantiles Prepuberal Puberal Adulto

b) Monte de venus:

Presencia de lesiones: No Si Describa:

Vello púbico : Con Sin Rasurado (Describe distribución, color, forma):

c) Vulva:

Labios mayores:

Labios menores:

Clítoris:

Meato uretral:

Horquilla vulvar:

Periné:

Himen: Orificio único: Otros (Cuál es funcional): Si: No:

Himen íntegro: Si: No:

Dímetro hímenal en niñas en niñas menores o iguales a 10 años:

Ruptura: Si: No:

Ubicación de la Ruptura: Reciente: Antigua:

Características de las rupturas:

Escotaduras Congénitas: Si: No: Ubicación:

Permite el paso de dos dedos del examinador: (Niñas) Si: No:

Presencia de carúnculas hímenales: Si: No:

Otros hallazgos:

d) Genitales Internos:

Lesiones vaginales: Si: No: Descripción:

Presencia de secreciones: Si: No: Descripción:

Presencia de sangrados: Si: No: Descripción:

Cérvix:

Útero:

Anexos:

Especuloscopia, Hallazgos:

Colposcopia, Hallazgos:

Azul de Toluidina: Si: No: Hallazgos:

Evidencia de embarazo: Si: <input type="radio"/>	No: <input type="radio"/>	
Frecuencia cardiaca fetal: <input type="radio"/>	por minuto. <input type="radio"/>	Altura de fondo uterino: <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/>	cm. <input type="radio"/>	Sangrado trans vaginal: Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>

3.9. Ano:

(Describir presencia de lesiones, manchas, fibras, hierba, heces fecales, otros)

a) Forma: Circular: ☐ Oval: ☐ Infundibuliforme: ☐ Otros: ☐

b) Pliegues anales: ☐ Conservados: Si: ☐ No: ☐ Borramientos: Si: ☐ No: ☐

Ubicación y descripción:

c) Dilatación anal (Se considera anormal si ocurre antes de 20 segundos): Si: ☐ No: ☐

d) Tono del esfínter anal externo: Normal: ☐ Disminuido: ☐ Abolido: ☐

e) Tono del esfínter anal interno: Normal: ☐ Disminuido: ☐ Abolido: ☐

f) Presencia de lesiones: Si: ☐ No: ☐

Descripción de lesiones y otros hallazgos (Características y ubicación):

3.10. Colposcopia y hallazgos:

3.11. Azul de Toluidina: Si: ☐ No: ☐ Hallazgos:

4. Muestras recolectadas:

☐ Hisopado vulvar

☐ Hisopado vaginal

☐ Hisopado ano rectal

☐ Hisopado oral

☐ Hisopado nasal

☐ Sangre

☐ Orina

☐ Peinado púbico

☐ Vellos púbicos por arrancamiento

☐ Muestras de cabello (Frontal, parietal izquierdo y derecho, temporal izquierdo y derecho, occipital y coronal)

☐ Ropa

☐ Otros (Manchas en piel por ejemplo):

☐ Fibras

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

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

☐ Determinación de semen y espermatozoides

☐ Determinación de infecciones de transmisión sexual

☐ Patrón tricológico

☐ Prueba de embarazo

☐ Drogas de abuso

☐ Presencia de alcohol en sangre y orina

☐ Manchas en ropa

☐ Estudios radiológicos

☐ Remisión a hospitales

☐ Revisión de expediente

☐ Interconsulta a odontología forense

☐ Otros:

6. Análisis Médico Legal:



DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA FORENSE

HOJA DE TRABAJO DE DELITOS SEXUALES



CF-F116-1 VO1

7. Conclusiones:



Cualquier corrección o nota de ampliación en este documento es valida solo con una firma autorizada.

Modificado:
29.07.22

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

Página 6 de 7
Firma y sello del Evaluador

