

Dictamen de Lesiones

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

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:	
Número de identidad/pasaporte/carné de residencia:			
Edad:	Sexo:	Nacionalidad:	Estado civil:
Educativa:		Ocupación:	Actividad manual:
Dirección:			
		Número de teléfono:	

2.1. Datos del acompañante

Nombre:	
Numero de identidad/pasaporte/carné 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 ☐ No ☐ 2-) Toma de muestra Si ☐ No ☐

3-)Revisión de Expediente clínico Si ☐ No ☐ 4-) Registro fotográfico Si ☐ No ☐

5-) Otros que amerite para la investigación criminal

(especifique): _____

Nombre: _____

Firma: _____

Numero de identidad/pasaporte/ carné de residencia: _____

Lugar de la evaluación: _____

4. Historia médico legal

[illegible]

6.3. Revisión de expediente clínico. (Resumen de expediente clínico atención medica brindada y procedimientos quirúrgico realizados y hallazgos encontrados). **En caso de requerir más espacio agregue hojas adicionales**

7.Comentario médico legal.

8. Conclusiones

8.1 Tipo de lesión que daña o altera su integridad corporal física según examen físico y revisión de expediente clínico:

8.2 Requirió tratamiento médico a consecuencia de la lesión: Si ☐ No ☐

8.3 Tipo de tratamiento: a) Ambulatorio o conservador: Si ☐ No ☐ b) Ingreso hospitalario: Si ☐ No ☐

c) Cirugía menor: Si ☐ No ☐ Tipo _____
(sutura, extracción de cuerpo extraño, extracción de uña etc.)

d) otro procedimiento conservador recibido _____
(Colocación de inmovilizadores externos, collarines etc.)

8.4 Fue dado de alta con citas Médicas: Si ☐ No ☐ Tiene Citas Pendientes: Si ☐ No ☐

Redactado por: Dr. Gustavo Castro

Editado por: Dra. Mildred. Alvarenga/ Lic. Saulo. Romero

Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor

Aprobado por: Dr. Ismael Raudales

8.5 Requirió de procedimiento quirúrgico: Si ☐ No ☐

a) Cirugía mayor: Si ☐ No ☐ tipo _____

8.6 Compatibilidad del Objeto Agresor: _____

8.7 Incapacidad temporal: _____ días a partir de la fecha que ocurrieron los hechos

8.8 Incapacidad permanente: _____

8.9 Peligro de muerte: Si ☐ No ☐

9. Recomendaciones

A) Nueva evaluación en Clínica Forense al ser dado de alta definitivamente por médico tratante (no tiene citas pendientes en relación a los hechos para aumentar o ratificar incapacidad temporal y determinar secuelas):

Si ☐ No ☐

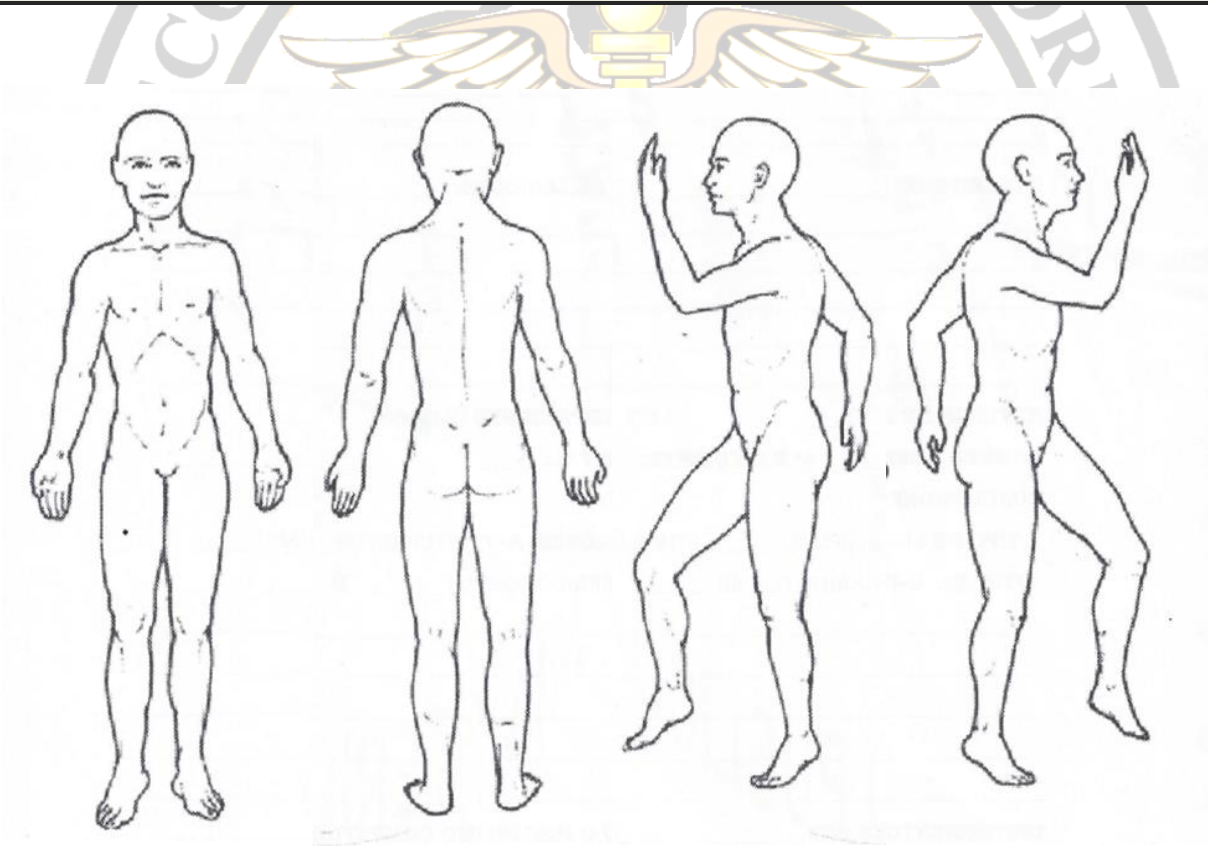
B) Nueva evaluación en Clínica Forense en 180 días para determinar marca indeleble en el rostro.

Si ☐ No ☐

C) Se recomienda investigación de campo por trabajo social: Si ☐ No ☐

Otros (Especifique): _____

10. Diagrama de Lesiones



11. Datos del Evaluador

Nombre del Médico evaluador: _____

Numero de Colegiación: _____

FIRMA Y SELLO MEDICO EVALUADOR _____