

Redactado por: Dr. Gustavo Castro Editado por: Dra. Mildred. Alvarenga/ Dra. Yolly Molina Revisado por: Dra. Hildebranda Saborío Dra. Patricia Villaseñor. Dra. Elsa Dávila Aprobado por: Dr. Ismael Raudales

Dictamen de Examen Físico y Extracción de objetos de áreas corporal.

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

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

2.1. Datos del acompañante

Nombre de abogado defensor:
Numero de identidad/pasaporte/carne de residencia: _____ firma _____
Nombre de policía o agente de investigación: _____
Numero de identidad/pasaporte/carne de residencia: _____ firma _____
Nombre de custodio de centro penal: _____
Numero de identidad/pasaporte/carne de residencia: _____ firma _____

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: \_\_\_\_\_

Huella digital

Redactado por: Dr. Gustavo Castro Editado por: Dra. Mildred. Alvarenga/ Dra. Yolly Molina Revisado por: Dra. Hildebranda Saborío Dra. Patricia Villaseñor. Dra. Elsa Dávila Aprobado por: Dr. Ismael Raudales

**4.Historia médico legal:** Evaluada (o) enviada (o) el día de hoy \_\_\_\_\_ (día de la semana y fecha) a esta Clínica de Medicina Forense por \_\_\_\_\_ (Fiscalía, Juzgado etc.), para realizar examen físico completo o del área genital (se pone según diga proveído) ya que se sospecha lleva un objeto en el interior de su cuerpo, o que al pasar por el scanner se le observaba un objeto extraño en la región \_\_\_\_\_ (vagina, ano, abdomen), o que presento alteraciones de la salud (describalas y semiología)  
Evaluada refiere: se pone la versión de la persona evaluada: si lleva o no objetos en alguna cavidad o tragados vía oral, conteniendo que cantidad, envoltorio, desde que hora se lo trago o introdujo. (Ejemplo de cómo debe de realizarse el interrogatorio e historia Médico Legal)

4.1 Signos y síntomas de alerta:

a) Náuseas:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	b) Vómitos:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
c) Cefalea:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	d) Temblor:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
e) Visión doble:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	f) Tendencia al sueño	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
g) Otros (especifique):					

4.2 Antecedentes:

1. Patológicos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	cuales _____
2. Traumáticos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	cuales _____
3. Quirúrgicos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	cuales _____
4. Hospitalarios	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	causa _____
5. Alérgicos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	cuales _____

**4.3 Antecedentes de consumo de drogas.** Esta información debe incluir inicio, frecuencia, cantidad, forma de consumo (bebida, inhalada, inyectada), problema ocasionado por el uso, tipo de bebedor (social, habitual), tipo de alcohol o droga (ron, cerveza, crack, cigarro, pipa, cigarro, carruco) barbitúrico (fenobarbital, etc.) antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, etc.), etc.

**5.Examen físico:** importantes signos vitales (asegurarse este estable, no tenga signos de estar bajo efectos de alguna droga que pudiese poner en peligro su vida, si la persona colabora y se extrae el objeto siempre verificar que no queda nada con tacto)

5.1 Medidas antropométricas:	Signos vitales: Frecuencia cardiaca y pulso: _____ por minuto
------------------------------	---

Redactado por: Dr. Gustavo Castro Editado por: Dra. Mildred. Alvarenga/ Dra. Yolly Molina Revisado por: Dra. Hildebranda Saborío Dra. Patricia Villaseñor. Dra. Elsa Dávila Aprobado por: Dr. Ismael Raudales

Peso: _____ Talla: _____	Frecuencia respiratoria: _____ por minuto
Índice de masa corporal en kg/m²: _____	Presión arterial: _____ mm de Mercurio

5.2. Descripción de estado mental y apariencia personal:

Deambulacion:	Normal _____	Claudicante _____	Asistida _____	Otros:
Estado Mental:	Lucido _____	Consciente _____	Orientado _____	Otros:

5.3 Cabeza y cráneo:

a) ojos: (verificar pupilas, nistagmos. Coloración de conjuntivas u otros)

b) Nariz (buscar lesiones, enrojecimientos, objetos extraños)

c) Boca:(hidratación de la mucosa, lesiones u otros)

b) Tórax: (dificultad respiratoria, palpitaciones, ritmo cardiaco u otros)

c) Abdomen: (signos de irritación peritoneal, masas u otros)

d) ÁREA GENITAL:(Revisar hacer tacto vaginal. Buscar lesiones u objetos extraños) Descripción del objeto encontrado: Forma Tamaño, Empaque (papel, plástico), color, consistencia, peso, si trae dibujo, letras o palabras etc)

E) Especuloscopia: (cuando aplique) (Hallazgos:(objetos extraños)

e) AREA ANORECTAL: (Describir presencia de lesiones, cuerpo extraño otros)

F) EXAMENES COMPLEMENTARIOS: a) informe de rayos o ultrasonido:

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

Redactado por: Dr. Gustavo Castro Editado por: Dra. Mildred. Alvarenga/ Dra. Yolly Molina Revisado por: Dra. Hildebranda Saborío Dra. Patricia Villaseñor. Dra. Elsa Dávila Aprobado por: Dr. Ismael Raudales

5.5 Revisión de expediente clínico. (Resumen de expediente clínico atención medica brindada y procedimientos quirúrgico realizados y hallazgos encontrados).

6.Comentario médico legal.

7.Conclusiones (se debe colocar si lo expulso espontáneamente, o fue extraído por el médico, dar las características del objeto, y anotar nombre completo, numero de identificación y la unidad donde pertenece)

8 Datos del Evaluador

Nombre del Médico evaluador:

Numero de Colegiación:

FIRMA Y SELLO MEDICO EVALUADOR