



Redactado por: : P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila Editado por: C. Martínez Revisado por: P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila Aprobado por: Dr. Roque

b) Tabaquismo:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Descripción:
c) Marihuana:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Descripción:
d) Cocaína:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Descripción:
e) Heroína:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Descripción:
f) Hongos:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Descripción:
g) Barbitúricos:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Descripción:
h) Antidepresivos Tricíclicos:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Descripción:
i) Resistol:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Descripción:
j) Teofilina:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Descripción:
Otras drogas o fármacos Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> (ejemplos: atisivos con codeina, tramal, antihistamínicos, amoxicilina, enjuagues bucales a base de alcohol,etc) por la probabilidad de falsos positivos			
Descripción:			
5. Antecedentes personales patológicos. Esta información debe incluir enfermedades renales, diabetes mellitus, enfermedades hepáticas, epilepsia u otras enfermedades neurológicas, etc.			

Cualquier corrección o nota de ampliación en este documento es válida sólo con una firma autorizada.

Página 2 de 7
Firma y sello del evaluador:

MODIFICADO
2022.07.29

Emitido por: UGC-Roque

DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA FORENSE
Centro de Ciencias Forenses, Col. Quezada. Tel/fax 22 39 98 59. Correo electrónico: ugc.dmf@gmail.com



Redactado por: : P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila Editado por: C. Martínez Revisado por: P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila Aprobado por: Dr. Roque

6. EXAMEN FÍSICO					
1.1. FC:		1.2. FR:		1.3. P/A:	
1.4. Peso:		1.5. Talla:		1.6. Compleción:	
1.7. Apariencia general (Esta información debe incluir comportamiento, posición clínica o pasiva, posición obligado u optativa, estado de la ropa, manera de pararse, contextura, canalizado, si le están pasando líquidos o medicamentos):					
a. Estado general: Bueno <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo <input type="radio"/>					
b. Estado nutricional: Bueno <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo <input type="radio"/>					
c. Estado de conciencia: Lucido Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Consciente Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
d. Orientación: En tiempo: <input type="radio"/> En espacio y lugar: <input type="radio"/> Persona <input type="radio"/>					
Situacional: <input type="radio"/> Personal: <input type="radio"/>					
e. Hipo: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
1.8. Estado de la Ropa Limpio <input type="radio"/> Sucio <input type="radio"/> Arreglado <input type="radio"/> Desordenado <input type="radio"/>					
1.9. Conducta: Euforia <input type="radio"/> Estado de excitación <input type="radio"/> Indiferencia <input type="radio"/>					
Irritabilidad <input type="radio"/> Colaboración <input type="radio"/> Culpabilidad <input type="radio"/>					
Otros <input type="radio"/> especifique					
1.10. Aliento: Normal <input type="radio"/> Etílico <input type="radio"/> Cetónico <input type="radio"/>					
Otros <input type="radio"/> especifique					
1.11. Ojos:					
a) Congestión conjuntival: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
b) Pupilas:					
c) Reflejos pupilares: Normo-reactivas <input type="radio"/> Híper-reactivas <input type="radio"/> Hipo-reactivas <input type="radio"/> Reflejos abolidos <input type="radio"/>					
d) Isocóricas: normal <input type="radio"/> Mióticas <input type="radio"/> Midriáticas <input type="radio"/> Anisocórica <input type="radio"/>					
e) Convergencia ocular: Normal <input type="radio"/> Alterada <input type="radio"/>					
f) Nistagmo espontáneo: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Horizontal <input type="radio"/> Vertical <input type="radio"/>					
1.12. Nariz:					
a) Simétrica: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> b) Epistaxis: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
c) Mucosa nasal erosionada: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> d) Mucosa nasal con polvo: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
1.13. Boca:					
a) Dientes con manchas: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Color:					
b) Lengua: Seca <input type="radio"/> Saburral <input type="radio"/>					
c) Salivación excesiva: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
1.14. Piel:					
a) Sitios de venopunción: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
Ubicación:					
b) Manchas en dedos de manos: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Coloración:					
Ubicación:					

Cualquier corrección o nota de ampliación en este documento es válida sólo con una firma autorizada.

Página 3 de 7
Firma y sello del evaluador:



Redactado por: : P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila

Editado por: C. Martínez

Revisado por: P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila

Aprobado por: Dr. Roque

1.15. Lenguaje:

a) Características del habla:

Normal ☐ Disartria ☐ Negativa ☐ Discreta ☐ Evidente ☐

Otras alteraciones:

1.16. Reflejos osteotendinosos: Normal ☐ Hiporreflexia ☐ Hiperreflexia ☐

7. Lesiones u otros hallazgos:



Redactado por: : P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila Editado por: C. Martínez Revisado por: P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila Aprobado por: Dr. Roque

8. Mini Examen del Estado Mental				
¿En qué año estamos?	0 – 1	Orientación Temporal (Máximo 5)		
¿En qué estación nos encontramos?	0 – 1			
¿En qué día (Fecha)?	0 – 1			
¿En qué mes?	0 – 1			
¿En qué día de la semana?	0 – 1			
¿En qué Hospital (o lugar) estamos?	0 – 1	Orientación Espacial (Máximo 5)		
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0 – 1			
¿En qué ciudad (Pueblo)?	0 – 1			
¿En qué departamento estamos?	0 – 1			
¿En qué país vivimos?	0 – 1			
Nombre tres palabras: Lempira – Caballo – Manzana (Balón – Bandera - Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se le pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga a la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. <div>Lempira 0 – 1 Caballo 0 – 1 Manzana 0 – 1 (Balón 0 – 1 Bandera 0 – 1 Árbol 0 – 1)</div>		Fijación Recuerdo Inmediato (Máximo 3)		
Si tiene 30 Lempiras y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones correctas. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. <div>30 0 – 1 27 0 – 1 24 0 – 1 21 0 – 1 18 0 – 1 (0 0 – 1 D 0 – 1 N 0 – 1 U 0 – 1 M 0 – 1)</div>		Atención Calculo (Máximo 5)		
Pregunta por las tres palabras mencionadas anteriormente. <div>Lempira 0 – 1 Caballo 0 – 1 Manzana 0 – 1 (Balón 0 – 1 Bandera 0 – 1 Árbol 0 – 1)</div>		Recuerdo Diferido (Máximo 3)		
DENOMINACIÓN: Mostrarle un lápiz o una pluma y preguntar ¿Qué es esto? Hacer lo mismo con reloj de pulsera. REPETICIÓN: Pedirle que repita la frase: “ni sí, ni no, ni pero” (o en un tragal había 5 tigres). ORDENES: Pedirle que siga la orden: “coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo”. LECTURA: Escriba legiblemente en un papel “Cierre los ojos”. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase ESCRITURA: Que escriba una frase (con sujeto y predicado) COPIA: Dibuje y copie el siguiente dibujo. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 		Lápiz 0 – 1 Reloj 0 – 1 → 0 – 1 Coge con mano 0 – 1; Dobla por mitad 0 – 1; Pone en suelo 0 – 1 → 0 – 1 → 0 – 1 → 0 – 1	Lenguaje (Máximo 9)	
Puntuaciones de referencia :		27 o más: Normal 24 o menos: Sospecha patológica 12 – 24: Deterioro 9 – 12: Demencia	Puntuación Total (Máximo 30 Puntos)	

Cualquier corrección o nota de ampliación en este documento es válida sólo con una firma autorizada.

Página 5 de 7
Firma y sello del evaluador:

MODIFICADO
2022.07.29

DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA FORENSE
Centro de Ciencias Forenses, Col. Quezada. Tel/fax 22 39 98 59. Correo electrónico: ugc.dmf@gmail.com

Emitido por: UGC-Roque



Redactado por: : P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila

Redactado por: : P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila Editado por: C. Martínez Revisado por: P. Villaseñor, H. Saborío, N. Ávila Aprobado por: Dr. Roque

13.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Cualquier corrección o nota de ampliación en este documento es válida sólo con una firma autorizada.

Página 7 de 7
Firma y sello del evaluador:

MODIFICADO
2022.07.29

Emitido por: UGC-Roque

DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA FORENSE
Centro de Ciencias Forenses, Col. Quezada. Tel/fax 22 39 98 59. Correo electrónico: ugc.dmf@gmail.com