

CONSTANCIA

Por medio de la presente, hago constar que en fecha _____ hora _____, estando presente en _____, Procedí a dar cumplimiento al proveído recibido de: _____ para evaluar a: _____ con identidad: _____ con el objetivo de determinar: _____

la cual no pudo ser realizada por el siguiente motivo:

- ☐ El referido(a) no permitió ser evaluado(a) y se negó a firmar el consentimiento informado.
- ☐ No se evaluó ya que requiere urgentemente atención medica hospitalaria.
- ☐ El referido(a) fue dado de alta o trasladado(a) a otro Centro Hospitalario.
- ☐ No se encontró expediente clínico del referido(a) en el Centro Hospitalario.
- ☐ No existe registro de ingreso del referido(a) en el Centro Hospitalario.
- ☐ No se autorizó el ingreso al Centro Penal.
- ☐ El (la) privado(a) de libertad no respondió al llamado para su evaluación.
- ☐ El (la) privado(a) de libertad no permitió ser evaluado(a) y se negó a firmar el consentimiento.

Otros: _____

Observaciones: _____

POR LO TANTO, NO PUEDO PRONUNCIARME EN LOS TÉRMINOS SOLICITADOS

Y para los fines pertinentes se firma la presente constancia en la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ del año _____.
Atentamente.

Perito responsable Dr. (a): _____

Sede de Clínica Forense _____

Última línea

Nota: A esta constancia no se le debe asignar número correlativo y debe ser entregada con el Proveído a la autoridad solicitante, dejando copia para archivo.

La presente constancia se entrega a la entidad solicitante, exonerando al Departamento de Clínica Forense de cualquier responsabilidad por la reproducción total o parcial del mismo.

Fecha de emisión
2022.06.03

Emitido por: DCF

DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE
DEPARTAMENTO DE CLINICA
CENTRO DE CIENCIAS FORENSES, COL QUEZADA. TEL. 22311722

Página 1 de 1