

Dictamen preliminar para delitos sexuales

1. Datos del dictamen

Numero de dictamen:

Numero de denuncia:

2. Datos del evaluado

Nombre del evaluado:

Numero de identidad/pasaporte/carné de residencia:

Edad: Sexo: Fecha y hora de la evaluación:

Autoridad remitente:

3. Resumen de la historia médico legal

3.1. Revisión de expediente clínico: SI NO

3.2. Nombre del hospital: 3.3 Número de expediente:

4. Examen físico

4.1. Área genital:

4.1.1. Femeninos:

4.1.1.1 Himen 1- Integro que permite el paso de dos dedos del evaluador.

4.1.1.2 Himen con rupturas a) Recientes (Menores de 10 días). b) Antiguas (Mayores de 10 días).

Ubicación de las rupturas a las: según las manecillas del reloj.

4.1.1.3 Otro tipo de lesiones (describa):

4.1.1.4 Vulva con evidencia de lesiones : NO SI Describa:

4.1.1.5. Evidencia de secreciones. : NO SI Describa:

4.1.2. masculinos:

4.1.2.1. Pene : Forma y características Normal. SI NO Describa.

4.1.2.2. Evidencia de lesiones: NO SI

Describe:

4.1.2.3. Evidencia de secreciones: NO SI describe:

4.2. Área paragenital: Con evidencia de lesiones: : NO SI Describa:

4.3. Área extragenital: Con evidencia de lesiones: : NO SI Describa:

4.4. Área anorrectal :

4.4.1. Pliegues radiados anales normales y conservados: SI NO

Describe:

4.4.2. Tono muscular de esfínter: a) Normal b) Aumentad c) Disminuido

4.4.3. Dilatación anal refleja antes de los 20 segundos: NO SI

4.4.4. Evidencia externa de lesiones: NO SI Describa:

5. Conclusiones

5.1 Área genital:

5.2. Área paragenital: Con evidencia externa de lesiones: NO ☐ SI ☐

5.3. Área extragenital: Con evidencia externa de lesiones: NO ☐ SI ☐

☐ a) Contusiones simples ☐ b) Contusiones Complejas ☐ c) Otras: _____

5.3.1. Compatibilidad de la lesión : _____

5.3.2. Incapacidad temporal: _____ A partir de la fecha de los hechos.

5.3.3. Peligro de Muerte: NO ☐ SI ☐

5.3.4. Otros hallazgos (Describe):

6. Recomendaciones

6.1 Se recomienda la evaluación por psiquiatría forense en busca de traumas relacionados con abuso sexual: _____

Firma Corta. _____

6.2 Se recomienda la investigación de campo por trabajo social: _____ Firma corta. _____

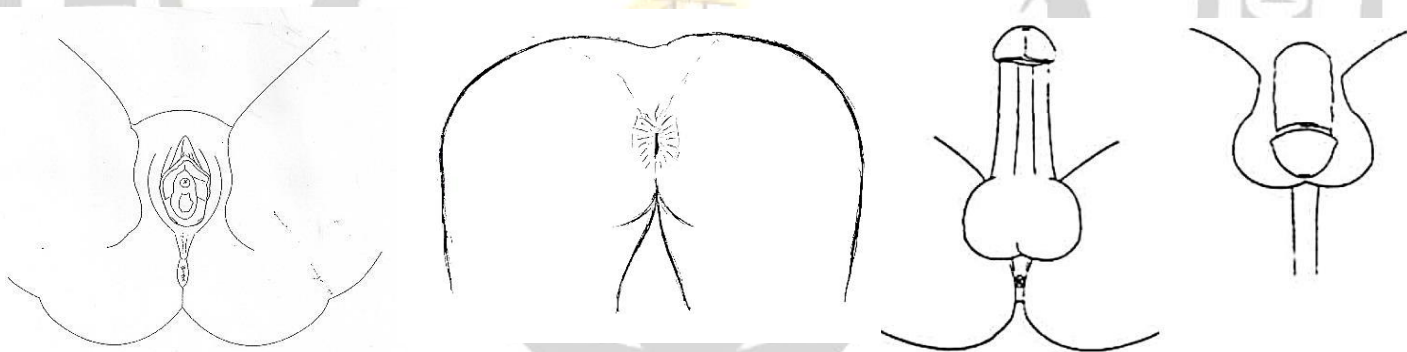
6.3 Se recomienda atención medica: _____ Firma corta. _____

6.4 Otros (especifique): _____

7. Muestras de Laboratorio

7.2 Se recolectaron muestras: SI ☐ NO ☐

8. Esquemas



DEL MEDICO EVALUADOR

FIRMA Y SELLO

NOMBRE

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE EL DICTAMEN