

Redactado por: Dr. G. Castro	Editado por: Dra. M. Alvarenga / Lic. S. Romero/Dra. Saborío	Revisado por: Dra. P. Villaseñor	Aprobado por: Dr. I. Raudales
------------------------------	--	----------------------------------	-------------------------------

DICTAMEN PRELIMINAR DE LESIONES		
Autoridad o Dependencia Solicitante:		Fiscalía a la que se Remite
1. Datos generales		
Numero de dictamen:		Numero de caso o denuncia:
Fecha y hora de evaluación:		Lugar de la evaluación:
Causa o delito:		Solicitud recibida en fecha:
2. Datos del paciente		
Nombre:		
Numero de Identidad/Pasaporte/Carnet de Residencia:		
Sexo:	Edad:	Nacionalidad:
Estado civil:	Profesión u oficio:	
2.1 Resumen de historia médico legal:		
2.1.1 Descripción de lesiones:		
2.1.2 Revisión de expediente clínico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nombre del Hospital:		Número de expediente:
Diagnostico o Procedimiento Hospitalario:		
3. Conclusiones		
3.1 Tipo de lesiones		
a) Existen evidencias físicas de lesiones externas que justifiquen una incapacidad médica en este momento. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
b) Contusiones simples Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> c) Contusiones Complejas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Describir:		

Redactado por: G. Castro,

Editado por: M. Alvarenga/S. Romero

Revisado por: P. Villaseñor

Aprobado por: I. Raudales

d) Herida por proyectil de arma de fuego Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		e) Herida por arma blanca Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
f) Cicatrices: localizadas _____			
para poderme pronunciar en los términos solicitados se requiere la revisión del expediente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
g) otros (En casos Estado de Salud): _____			
3.2 Requiere o requirió tratamiento médico a consecuencia de la lesión Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
3.3 Tipo de tratamiento médico : a) Ambulatorio o Conservador Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
b) Ingreso hospitalario Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
d) Cirugía Menor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro procedimiento Conservador recibido: _____			
3.4 Fue dado de alta con Citas Médicas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiene citas Pendientes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros: _____			
3.5 Requiere o Requirio de Procedimiento Quirurgico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
a) Cirugía Mayor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de Cirugía: _____			
3.6 Compatibilidad del objeto agresor: _____			
3.7 Incapacidad Temporal _____ días a partir de la fecha en que ocurrieron los hechos			
3.8 Peligro de muerte Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> y persiste Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
3.9 Estudios complementarios:			
a) Ninguno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		b) Revisión de expediente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
c) Rayos X Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		d) Evaluación odontológica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
e) Otros (especifique) _____			
4. 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
B) Nueva evaluación en Clínica Forense en 180 días para determinar marca indeleble en el rostro. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
C) Se recomienda investigación de campo por trabajo social: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
D) Otros (Especifique): _____			
5. Datos del Evaluador			
Nombre del Médico evaluador: _____		Numero de Colegiación: _____	

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO EVALUADOR _____

FIRMA Y SELLO DEL FISCAL QUIEN RECIBE _____