

Dictamen N°: _____ Fecha: _____ Hora: _____
 Dr. (a.) que evalúa: _____ día mes año ☐ am ☐ pm

1. DATOS GENERALES	
1.1. Datos del evaluado	
a) Nombre:	b) Identidad:
	c) Fecha de nacimiento: / / día mes año
d) Edad:	e) Estado civil:
f) Escolaridad:	g) Ocupación:
h) Dirección:	
1.2. Datos del acompañante	
a) Nombre:	b) Identidad:
	c) Relación:
1.3. Autorización de la evaluación	
Autoriza la evaluación: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Firma:

2. HISTORIA MÉDICO LEGAL			
2.1. Historia médica (razón por la cual le indican el examen)			
2.2. Antecedentes personales patológicos (relacionados a la valoración, por ejemplo desnutrición, anormalidades del crecimiento, degenerativos, etc.)			
2.3. Antecedentes personales quirúrgicos			
2.4. Antecedentes gineco obstétricos			
a) Gestaciones:	b) Partos:	c) Cesáreas:	d) Abortos:

Redactado por: Dra. Hildebranda Saborío Editado por: Dr. Devis Sierra Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor, Dra. Hildebranda Saborío, Dra. Norma Ávila Aprobado por: Dra. Olga Pérez

3. EXAMEN FÍSICO

3.1. Peso:		3.2. Talla:	
3.3. Estado general y nutricional:			
3.4. Apariencia de la ropa:	<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Femenino	3.5. Maquillaje: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3.6. Vello:	<input type="radio"/> Bigote	<input type="radio"/> Barba	<input type="radio"/> Vello torácico
3.7. Características de las mamas:	<input type="radio"/> Masculinas	<input type="radio"/> Femeninas	
3.8. Cartílago cricoides prominente:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
3.9. Genitales externos:	<input type="radio"/> Vello púbico	<input type="radio"/> Rasurado	<input type="radio"/> Ginecoide <input type="radio"/> Androide
<input type="radio"/> Vulva	<input type="radio"/> Labios mayores	<input type="radio"/> Labios menores	<input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Clítoris
<input type="radio"/> Pene	Desarrollado:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Testículos descendidos:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
3.10. Observaciones (describir alteraciones anatómicas):			

Documenta con fotos:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Muestra de sangre (3 cc) en tubo con tapón morado, para estudio de ADN en los laboratorios forenses:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Referencia a hospital:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Diagnóstico presuntivo:		
Exámenes solicitados a hospitales:		
Niveles hormonales:		
Ultrasonido de abdomen bajo:		
IRM genital:		
Otros que el caso amerite:		

COMENTARIO MÉDICO LEGAL

CONCLUSIONES

PERITO RESPONSABLE

Firma y sello