

Recibirá una nota o proveído de Supervisión Nacional del MP, o de otras Instituciones como Poder Judicial con solicitud de realizar Inspección de Expedientes Médicos de un empleado, consignándose las instituciones a visitar.

**DATOS GENERALES:** Los llena con la Información que recolecta al realizar la Inspección.

**HISTORIA MÉDICO LEGAL:** A solicitud de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ procedo a realizar revisión de expedientes clínicos del servidor del \_\_\_\_\_ Hospital (es) \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_ (ponga nombre de Clínicas u Hospitales privadas o públicas), de \_\_\_\_\_ (lugar o ubicación de Centros Asistenciales), a fin realizar la verificación de atenciones asistenciales e incapacidades medicas otorgadas al mismo en el año(o años según sea el caso) \_\_\_\_\_.

**Cuando es oficio** la solicitud sera asi: En respuesta al oficio Numero \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_ emitido por \_\_\_\_\_ (institución que solicita) la cual solicita constatar la veracidad de la atención médica y de procedimientos realizados en el Hospital o Clinica \_\_\_\_\_ de los periodos \_\_\_\_\_ (de fecha tal a tal) , del o la servidor (a) \_\_\_\_\_ con numero de identidad \_\_\_\_\_ nos pronunciamos en los siguientes términos: el día \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ hora me apersoné al \_\_\_\_\_ (nombre de clínica de hospital) donde se realiza la inspección del expediente clínico constatando lo siguiente:

**ANTECEDENTES:** No Aplica. (ya que no evalúa ni entrevista)

**EXAMEN FÍSICO:** NO APLICA. (YA QUE NO EVALÚA NI ENTREVISTA)

**REVISAR EXPEDIENTES MEDICOS:** que sean Inspecciones completas, textuales, énfasis en cada fecha y hora de consulta de ingresos y / o egresos, diagnósticos, evolución, procedimientos médicos, notas de alta, pronósticos, laboratorio, estudios de imagen, tratamientos, citas, referencias, etc. Incluir hojas de referencia o contra referencia, constancias, certificaciones médicas, incapacidades con fechas y diagnósticos, etc. anotar si están debidamente firmados y sellados y con membrete. NOTA. Separar cada hospital, Clínica o Centro de atención, separar por fecha y lugar de atención.

**ESTUDIOS DE IMAGEN:** tomografías o radiografías o ultrasonido, etc. con lectura de hallazgos del caso debidamente firmados y sellados y con membrete, sino enviar a lectura a radiología forense.

**ANÁLISIS MÉDICO LEGAL:** no aplica. (ya que solo es una inspección de los expedientes)

**CONCLUSIONES:** EN RESPUESTA A LO SOLICITADO POR \_\_\_\_\_ (NOMBRE Y CARGO DEL SOLICITANTE), DE \_\_\_\_\_ (DEPENDENCIA DE LA INSTITUCIÓN QUE PERTENECE) EN RELACION AL SERVIDOR(A) \_\_\_\_\_ PARA LA VERIFICACION DE LAS ATENCIONES MEDICAS Y LAS INCAPACIDADES DE EL O LOS AÑOS \_\_\_\_\_ ME PRONUNCIO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

**A. HOSPITAL \_\_\_\_\_ (NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA Y UBICACION),** se verificaron las siguientes fechas de atenciones: (ejemplos)

-DD/MM/AÑO con diagnóstico: \_\_\_\_\_. Con o sin (especificar) incapacidad médica laboral de tal fecha a tal fecha \_\_\_\_\_.

-DD/MM/AÑO, asiste para control y reclamar medicamentos, con diagnóstico: \_\_\_\_\_, sin incapacidad médica laboral.

**B. HOSPITAL \_\_\_\_\_ (NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA Y UBICACION),** emitió constancia fechada DD/MM/AÑO donde constata que no existe registro de atenciones médicas ni hospitalizaciones del Señor (A) \_\_\_\_\_.

**C. HOSPITAL \_\_\_\_\_ (NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA Y UBICACION),** DD/MM/AÑO 00:00 horas, con diagnóstico de \_\_\_\_\_ en su \_\_\_\_\_ día de control de enfermedad.

**D. HOSPITAL \_\_\_\_\_ (NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA Y UBICACION),**  
DD/MM/AÑO , atención médica y hospitalización del DD al DD del mes \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_,  
CON DIAGNÓSTICOS DE \_\_\_\_\_ donde consta que se le  
extendió una incapacidad laboral por \_\_\_\_DD días del DD de Mes \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ hasta  
el DD de mes \_\_\_\_\_ del año. y de no existen registro de asistencias médicas e  
incapacidades médicas en el año \_\_\_\_\_.

**E. cuando hay certificado del IHSS así:**

EN EL PERIODO DE día\_\_ al día\_\_ DEL MES\_\_ DEL AÑO \_\_ emitida por Dr. \_\_\_\_\_ ( quien  
emitió la incapacidad, nombre del médico) en el Certificado de Incapacidad temporal (hoja  
membretada de incapacidad) Numero \_\_\_\_\_ del Instituto Hondureño del Seguro  
Social con los Diagnósticos \_\_\_\_\_: se o no se constata en el expediente clínico de  
el servidor (a) \_\_\_\_\_ (nombre) que se encuentra en el archivo del \_\_\_\_\_ (nombre  
de la clínica u hospital) ubicada en \_\_\_\_\_ (ubicación) existe una nota medica que  
genero el certificado médico. (se adjunta fotocopia del certificado).

F. cuando es en receta o en hojas de tránsito o de evolución de hospitales o clínicas o centros  
de salud: EN EL PERIODO DE día\_\_ al día\_\_ DEL MES\_\_ DEL AÑO \_\_ emitida por Dr. \_\_\_\_\_ (  
quien emitió la incapacidad, nombre del médico) en el recetario medico membretado “  
hospital...”(nombre de institución), con el diagnóstico de \_\_\_\_\_ la atención fue  
brindada de la fecha \_\_\_\_\_(ddmmaa), así mismo el periodo de incapacidad según consta en  
el historial médico de \_\_\_\_\_ (NOMBRE DE LA INSTITUCION). (SE ADJUNTA  
FOTOCOPIA).

Si tiene fotocopias del expediente clínico foliado se pone. Se adjunta fotocopias del expediente  
clínico del hospital \_\_\_\_\_ correspondiente a la servidora (o) \_\_\_\_\_ que consta de tantos  
\_\_\_\_ folios.

**REQUISITOS:** Proveído.