

Redactado por: Dr. Gustavo Castro



Editado por: Dra. Mildred. Alvarenga/ Lic. Saulo.

## **DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE DEPARTAMENTO DE CLÍNICA FORENSE DICTAMEN DE LESIONES**

Aprobado

CF-F114-1 V03

Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor Aprobado por: Dr. Ismael Raudales **Dictamen de Lesiones** Autoridad o Dependencia de Solicitante: Fiscalía a la que se Remite: 1.Datos generales Numero de dictamen: Numero de denuncia: Fecha y hora de evaluación: Lugar de la evaluación: Causa o delito: Solicitud recibida en fecha: 2.Datos del evaluado Nombre del evaluado: Fecha de nacimiento: Numero de identidad/pasaporte/carné de residencia: Edad: Sexo: Nacionalidad: Estado civil: Escolaridad: Ocupación: Actividad manual: Dirección: Número de teléfono: 2.1. Datos del acompañante Nombre: Numero de identidad/pasaporte/carné de residencia: Relación: 3. Consentimiento Informado luego de haber sido suficientemente informado sobre los procedimientos a realizar AUTORIZO A LA DIRECCIÓN DE **MEDICINA FORENSE** para que realice: 1-) Evaluación física Si No 2-) Toma de muestra Si 3-)Revisión de Expediente clínico Si No 4-) Registro fotográfico No 5-) Otros que amerite para la investigación criminal (especifique):\_ Nombre: \_ Firma: **Huella digital** Numero de identidad/pasaporte/ carné de residencia: Lugar de la evaluación: \_ 4. Historia médico legal





## **DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE DEPARTAMENTO DE CLÍNICA FORENSE DICTAMEN DE LESIONES**

Aprobado CF-F114-1 V03

Redactado por: Dr. Gustavo Castro	Editado por: Dra. Mildred. Alvarenga/ Lic. Saulo. Romero	Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor	Aprobado por: Dr. Ismael Raudales
<b>4.1</b> Requiere o requirió ato	ención médica o un procedimiento	quirúrgico menor o una ciru	gía mayor: Si No
4.2 Antecedentes:			
1. Patológicos Si	No cuales		
2. Traumáticos Si			
3. Quirúrgicos Si	No cuales		
4. Hospitalarios Si	No causa		
5. Alérgicos Si	No cuales		
4.3 Historia Gineco Obste	<b>étrica</b> (Este inciso es exclusivo para casos de	mujeres embarazadas)	
Fecha de la última menstru	uación/Semana de	gestación Embarazo	controlado Si No
MernarquiaGest	aspartosAbor	tosCesarea	hijos Vivos
5.Examen físico			
5.1 Medidas antropométr	Signos vitales: F	recuencia cardiaca y pulso: _	por minuto
Peso: Talla: _	Frecuencia respir	ratoria:por minu	ito
Índice de masa corporal en	kg/m²:Presión arterial:	mm de Mercuri	0
5.2. Descripción de estado	mental y apariencia personal:		0.1
Deambulación: Norma	Claudicante	Asistida Otro	os:
Estado Mental: Lucido	Consciente	OrientadoOtro	os:
	3.00	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	7
	1		70
5.3 Descripción de lesione	es encontradas:		
			/ /
	line	Lico	
	Sterio	Pub	
6. Estudios comp	olementarios		
6.1. Inter Consulta con (	Odontología Forense: Si No	En caso afirmativo ar	nexe el informe odontológico
<b>6.2. Rayos X</b> : Si	No En caso afirmativo anexe	el informe radiológico	





## **DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE DEPARTAMENTO DE CLÍNICA FORENSE DICTAMEN DE LESIONES**

Aprobado CF-F114-1 V03

Editado por: Dra. Mildred. Alvarenga/ Lic. Saulo. Redactado por: Dr. Gustavo Castro Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor Aprobado por: Dr. Ismael Raudales

6.3. Revisión de expediente clínico. (Resumen de expediente clínico atención medica brindada y procedimientos quirúrgico				
realizados y hallazgos encontrados). En caso de requerir más espacio agregue hojas adicionales				
E MEDIC.				
7.Comentario médico legal.				
8.Conclusiones				
8.1 Tipo de lesión que daña o altera su integridad corpo <mark>ral</mark> física según examen físico y revisión de expediente clínico:				
Tatic Co				
Sterio Pub				
8.2 Requirió tratamiento médico a consecuencia de la lesión: Si No				
8.3 Tipo de tratamiento: a) Ambulatorio o conservador: Si No b) Ingreso hospitalario: Si No				
c) Cirugía menor: Si No Tipo				
(sutura, extracción de cuerpo extraño, extracción de uña etc.)				
d) otro procedimiento conservador recibido(Colosoción de inmovilizadores externos collarines etc.)				
(Colocación de inmovilizadores externos, collarines etc.)				
8.4 Fue dado de alta con citas Médicas: Si No Tiene Citas Pendientes: Si No				



## **DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE DEPARTAMENTO DE CLÍNICA FORENSE**

PUBLICO REPUBLICA DE HONDURA	s Commonwealth of the Comm	Aprobado	DICTAMEN DE LESIONES  CF-F114-1 V03
Redactado por: Dr. Gustavo Castro	Editado por: Dra. Mildred. Alvarenga/ Lic. Saulo. Romero	Revisado por: Dra. Patricia Villaseñor	Aprobado por: Dr. Ismael Raudales
8.5 Requirió de procedim  a) Cirugía mayor: Si			
<b>8.6</b> Compatibilidad del Obj	eto Agresor:		
8.7 Incapacidad temporal: 8.8 Incapacidad permanent	te:	días a partir de la fecha	que ocurrieron los hechos
<b>8.9</b> Peligro de muerte: Si [	No		
9. Recomendaciones			
relación a los hechos p Si No	n Clínica Forense al ser dado de alta do ara aumentar o ratificar incapacidad tempo n Clínica Forense en 180 días para deto	oral y determinar secuelas):	
	stigación de campo por trabajo social:	Si No	
Otros (Especifique):			77
10. Diagrama de Lesi	ones		

11.Datos del Evaluador		
Nombre del Médico evaluador:	Numero de Colegiación:	
FIRMA Y SELLO MEDICO EVALUADOR		