



**CORTE SUPREMA DE JUSTICIA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL “DR. ROBERTO  
MASFERRER”**



**PROTOCOLO DE RECONOCIMIENTO DE DELITOS SEXUALES  
(FEMENINO)**

**DATOS GENERALES:**

Institución que lo solicita: \_\_\_\_\_.

Nombre de la persona que lo solicita: \_\_\_\_\_.

Número de oficio: \_\_\_\_\_. Número de referencia: \_\_\_\_\_. Código P.N.C.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Lugar del reconocimiento: \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_.

Salvadoreño  Otra nacionalidad (especifique): \_\_\_\_\_.

ND .

Tipo de documento: \_\_\_\_\_. Número de documento: \_\_\_\_\_.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_. Edad: \_\_\_\_\_. Sexo: Mujer  Género:

Femenino  Orientación sexual: L  B  T  I . Otro (especifique): \_\_\_\_\_. N/D

Nombre con el que se idéntica: \_\_\_\_\_. Actividad manual:

\_\_\_\_\_. Escolaridad: \_\_\_\_\_. Ocupación: \_\_\_\_\_.

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Área geográfica: Urbana  Rural  Municipio: \_\_\_\_\_. Departamento: \_\_\_\_\_.

Nombre del acompañante o representante legal (en casos de tratarse de personas menores de edad o de personas incapaces): \_\_\_\_\_.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_. Número de documento: \_\_\_\_\_.

Relación o parentesco: \_\_\_\_\_. Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SE CUENTA CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: SÍ  NO .**

**HISTORIA MÉDICO LEGAL (DÓNDE, CUÁNDO, CÓMO, QUE, QUIEN) \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recibió atención hospitalaria: Sí  No  Hospital: \_\_\_\_\_.

Expediente N°: \_\_\_\_\_. Patologías actuales Sí  No  Especifique: \_\_\_\_\_.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Antecedentes médicos (haciendo énfasis en enfermedades de transmisión sexual): \_\_\_\_\_.

Antecedentes quirúrgicos (en especial del área genital y perineal): \_\_\_\_\_.

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:**

Menarquia: \_\_\_\_\_ Fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_ Grávida: \_\_\_\_\_.

Para: \_\_\_\_\_. Abortos: \_\_\_\_\_. Prematuros: \_\_\_\_\_. Vivos: \_\_\_\_\_. Fecha de último parto (vaginal o cesárea): \_\_\_\_\_.

Vida sexual activa: Si  No . Fecha de su primera relación sexual: \_\_\_\_\_.

Fecha de su última relación sexual consentida: \_\_\_\_\_. No consentida: \_\_\_\_\_.

Planificación Familiar: Sí  No  Método: \_\_\_\_\_.

**IDENTIFICACIÓN DEL (O LOS) AGRESOR (ES)**

**UN HECHOR:** Conocido  Desconocido .

Nombre: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_. Sexo: \_\_\_\_\_. Complexión física: \_\_\_\_\_.

**RELACIÓN CON LA VÍCTIMA:** Parentesco familiar:  Especifique: \_\_\_\_\_.

Conocido de la víctima:  Especifique: \_\_\_\_\_.

Si es desconocido: Complexión física: \_\_\_\_\_. Tatuajes: (Forma, color, ubicación): \_\_\_\_\_.

Características especiales: \_\_\_\_\_.

**ESTADO DEL AGRESOR:** Alcohol: Sí  No  Drogas: Sí  No  Tipo: \_\_\_\_\_.

**MÁS DE UN HECHOR**

Nombre: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_. Sexo: \_\_\_\_\_. Complexión física: \_\_\_\_\_.

**RELACIÓN CON LA VÍCTIMA:** Parentesco familiar:  Especifique: \_\_\_\_\_.

Conocido de la víctima:  Especifique: \_\_\_\_\_.

Si es desconocido: Complexión física: \_\_\_\_\_. Tatuajes: (Forma, color, ubicación): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Características especiales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

ESTADO DEL AGRESOR: Alcohol: Sí  No  Drogas: Sí  No  Tipo: \_\_\_\_\_.

2- Nombre: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_. Sexo: \_\_\_\_\_. Complexión física: \_\_\_\_\_.

RELACIÓN CON LA VÍCTIMA: Parentesco familiar:  Especifique:

\_\_\_\_\_.

Conocido de la víctima:  especifique: \_\_\_\_\_.

Si es desconocido: Complexión física: \_\_\_\_\_. Tatuajes: (Forma, color, ubicación): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Características especiales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

ESTADO DEL AGRESOR: Alcohol: Sí  No  Drogas: Sí  No  Tipo: \_\_\_\_\_.

Tipo de amenaza usada: \_\_\_\_\_. Tipo de arma usada: \_\_\_\_\_.

Tipo de relación sexual: Vaginal  Anal  Oral  Tocamientos

Usó condón: Sí  No  Usó ducha vaginal: Sí  No . Se bañó: Sí  No  Se cambió de ropa: Sí  No

Fecha de última relación sexual consentida: \_\_\_\_\_. No consentida: \_\_\_\_\_.

### **EXAMEN FÍSICO:**

**ESTADO GENERAL** (Describiendo actitud y comportamiento): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**SIGNOS VITALES:** PA: \_\_\_\_\_ mmHg. FC: \_\_\_\_\_ latidos por minuto. FR: \_\_\_\_\_ Ciclos por minuto.

**REGIÓN EXTRAGENITAL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

REGIÓN PARAGENITAL: \_\_\_\_\_

REGIÓN ANO-GENITAL: Posición del examen: Ginecológica  Genupectoral

MÉTODO UTILIZADO: Observación  Lupa  Colposcopia .

Monte de Venus: Vello púbico SÍ  NO  describa \_\_\_\_\_

Labios Mayores: \_\_\_\_\_

Labios Menores: \_\_\_\_\_

Vestíbulo: \_\_\_\_\_

Himen: Forma: \_\_\_\_\_. Bordes: Ruptura reciente: SÍ  NO  Localización: \_\_\_\_\_

Ruptura antigua: SÍ  NO  Localización: \_\_\_\_\_

Escotadura congénita: SÍ  NO  Localización: \_\_\_\_\_

ANO: Posición del examen: Ginecológica  Genupectoral  Lateral: Izquierda  Derecha .

Región perianal: \_\_\_\_\_

Lesiones recientes: \_\_\_\_\_

Cicatrices anales: \_\_\_\_\_

Coloración de la mucosa anal: \_\_\_\_\_

Tono de esfínteres anales: Normotónico  Con dilatación:  \_\_\_\_\_ cm. Signo de parálisis anal refleja

Evidencia Física de Enfermedades de Transmisión Sexual: SÍ  NO  \_\_\_\_\_

Fotografías tomadas: Sí  No  Área Extragenital: \_\_\_\_\_. Área Paragenital: \_\_\_\_\_. Área Genital: \_\_\_\_\_.

Se dió referencia a centro médico: Sí  No  Motivo: \_\_\_\_\_

### INDICIOS RECOLECTADOS

Uñas  Vello púbico  Frotis e hisopado Vaginal  Frotis e hisopado Anal

Frotis e hisopado oral

Frotis e hisopado de piel  Tampones  Toallas sanitarias  Ropa interior  Otras vestimentas

Fibras

Otros (especifique): \_\_\_\_\_



**DATOS ESTADÍSTICOS (Delito sexual femenino)**

**ESTADO FAMILIAR**

Soltero  Casado  Acompañado  Divorciado  Viudo

**LUGAR EN QUE OCURRIÓ LA AGRESIÓN**

Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Área geográfica: Urbano  Rural  Lugar: Casa propia  Casa conocida  Casa desconocida  Hotel-Hospedaje  Lugar de estudio  Lugar de trabajo  Vehículo .

Lugar no especificado  Vía pública  Predio baldío  Otro lugar (especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Día de la agresión: \_\_\_\_\_

Fecha de la agresión: \_\_\_\_\_. Hora de la agresión (formato de hora militar): \_\_\_\_\_.

**CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA VÍCTIMA:** Persona normal  Estado de inconsciencia  Discapacidad o minusvalía  Invalidez  Sospecha de otra condición mental .

**EMBARAZADA ACTUALMENTE:** Sí  No .

**TIPO DE ATAQUE SEXUAL**

Agresión sexual  Otras agresiones sexuales  Paciente sin evidencia .

**TIPO DE RELACIÓN SEXUAL**

Vaginal  Anal  Oral  Vaginal-anal-oral  Vaginal-anal  Vaginal-oral  Anal-oral  Introducción de objeto vía vaginal y/o anal  Tocamiento de genitales y/o anales .

Número de relaciones sexuales, introducción de objetos y/o tocamientos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Tipo de himen: \_\_\_\_\_. Relaciones previas: Sí  No

**CONDICIÓN DEL HIMEN**

Íntegro  Ruptura reciente  Ruptura antigua  Amenorrea: \_\_\_\_\_ semanas de edad gestacional.

**CONDICIÓN DEL ANO**

Íntegro  Fisuras recientes  Desgarros recientes  Desgarros cicatrizados  Atonía  Infundibuliforme . Tiempo transcurrido desde la agresión sexual hasta el reconocimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Amenorrea: \_\_\_\_\_ semanas.

**TIPO DE LESIÓN GENERADA:** Tomar estos datos de acuerdo al examen físico, para digitadores.

Escolaridad del o los agresores: \_\_\_\_\_.

Ocupación del o los agresores: \_\_\_\_\_.

LOS DEMÁS DATOS ESTADÍSTICOS ESTÁN DENTRO DE LA HISTORIA (para digitadores).

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO FORENSE**