

Viene referido de otro centro: Sí No especifique: _____.

ANTECEDENTES PERSONALES: Antecedentes médicos: _____
_____. Antecedentes quirúrgicos: _____.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: No contributorios .

Menarquía: _____ Fecha de última menstruación: _____.

Grávida: _____. Para: _____. Abortos: _____. Prematuros: _____. Vivos: _____.

Fecha de último parto o cesárea: _____ Vida sexual activa: Sí No .

Planificación Familiar: Sí No Método: _____.

EXAMEN FÍSICO: ESTADO GENERAL (describir actitud y comportamiento): _____
_____.

SIGNOS VITALES: PA: _____ mmHg. FC: _____ latidos por minuto. FR: _____ Ciclos por minuto.

EVIDENCIA EXTERNA DE TRAUMA: (describir tipo de lesión, forma, coloración, tipo de costra, medidas y localización anatómica topográfica): _____

_____.

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS (hospitalarios): _____
_____.

TRATAMIENTOS EFECTUADOS: _____
_____.

EXÁMENES REALIZADOS: _____
_____.

EXÁMENES DE RAYOS EQUIS Y OTROS ESTUDIOS ESPECIALES (Tomografías, Resonancias, ultrasonografías etc.) Descripción de hallazgos positivos (lugar anatómico, proyección, lugar y fecha de toma de estudio): _____

FOTOGRAFÍAS TOMADAS: SÍ NO CANTIDAD: _____.

DIAGRAMAS ELABORADOS: Cuerpo Área genital Otro _____.

COMENTARIO MÉDICO LEGAL: _____

CONCLUSIONES: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO FORENSE

DATOS ESTADÍSTICOS (Lesiones)

SÓLO SE VA A LLENAR CUANDO SEA UN RECONOCIMIENTO DE SANGRE DE PRIMERA VEZ Y DE ACUERDO AL TIPO DE HECHO.

TIPO DE HECHO:

VIOLENCIA COMÚN:

Delincuencia común Maras Riñas Enemistad Venganza No se sabe

Otro tipo (especifique): _____.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Maltrato conyugal Maltrato infantil Maltrato de otros familiares .

ACCIDENTES:

Hechos de tránsito Caída Trauma térmico Trauma eléctrico Arma de fuego Arma blanca

sumersión accidental intoxicación Otro tipo (especifique): _____.

Se sospecha accidente de trabajo: Sí No .

SOLO PARA HECHOS DE TRÁNSITO:

Tipo de vehículo en que se conducía: _____. Tipo de vehículo con el que colisionó: _____.
Tipo de vehículo que lo atropelló: _____.

Otro tipo (especifique): _____.

TIPO DE VÍCTIMA: Conductor Pasajero Peatón Ciclista

Otro tipo (especifique): _____.

TIPO DE ACCIDENTE: Volcadura Precipitación Atropello Colisión No se sabe

Otro tipo (especifique): _____.

TIPO DE CARRETERA: Pavimentada Adoquinada Empedrada Polvosa

Otro tipo (especifique) : _____.

TIPO DE TRAMO: Recta Cruz calle Curva Pendiente

Otro tipo (especifique): _____.

SOLO PARA HECHOS DE VIOLENCIA:

TIPO DE ARMA UTILIZADA: Arma de fuego Arma cortante Arma punzante

Arma corto-contundente Arma corto-punzante Explosivos Elementos tóxicos

Otro tipo (especifique): _____.

SOLO PARA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

ESTADO FAMILIAR: Soltero(a) Casado(a) Acompañado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA AGRESIÓN: Casa propia Casa conocida Casa desconocida

Lugar de trabajo Lugar de estudio Hotel-hospedaje Automóvil Parque Turicentro

Predio baldío Otro lugar (especifique): _____.

Día de la agresión: _____. Hora de la agresión (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 .

PARIDAD: Ningún hijo 1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 hijos 5 o más hijos .

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

RELACIÓN DEL AGRESOR CON LA VÍCTIMA:

FAMILIAR:

Por consanguinidad: _____ . Por Afinidad: _____ .

Por adopción: _____ .

CONOCIDO: _____ .

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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO FORENSE