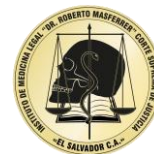




**CORTE SUPREMA DE JUSTICIA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL “DR. ROBERTO  
MASFERRER”**



**PROTOCOLO DE RECONOCIMIENTO DE LESIONES**

**DATOS GENERALES:**

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

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

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

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

Lugar del reconocimiento: \_\_\_\_\_. Fecha: \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_.

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

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

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

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

. Nombre con el que se identifica: \_\_\_\_\_. 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, QUÉ, QUIÉN):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**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): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**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): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se dio referencia a Centro Médico: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_.

**FOTOGRAFÍAS TOMADAS:** SÍ  NO  CANTIDAD: \_\_\_\_\_.

**DIAGRAMAS ELABORADOS:** Cuerpo  Área genital  Otro  \_\_\_\_\_.

**COMENTARIO MÉDICO LEGAL:** \_\_\_\_\_

**CONCLUSIONES:** \_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO FORENSE**