

PROTOCOLO GUÍA PARA EL INFORME PERICIAL SOBRE DETERMINACIÓN CLÍNICA FORENSE DE EMBRIAGUEZ

Institución Forense o de Salud donde se realiza el examen:_____

Radicación No.:_____ Fecha: Día:_____ Mes:_____ Año:_____

Solicitante:_____

Oficio petitorio:_____ Previas o historial No._____

Hecho que se investiga (según oficio petitorio):_____

Fecha y hora de los HECHOS: Día:_____ Mes:_____ Año:_____ Hora:_____

Fecha y hora del EXAMEN : Día:_____ Mes:_____ Año:_____ Hora:_____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXAMINADO

Nombre completo del examinado(a):_____

Edad referida:_____ Documento de identidad:_____

Nota: En todos los casos tomar la huella del dedo índice derecho del examinado, o en su defecto la del pulgar, en un extremo libre la solicitud escrita de examen de embriaguez.

DATOS DEL DEFENSOR PRESENTE:

Sólo si la persona por examinar es el imputado dentro de una investigación o proceso penal

Nombre completo del Defensor(a):_____

Tarjeta Profesional:_____ Firma del Defensor:_____

1. RESUMEN DE INFORMACIÓN DISPONIBLE

1.1 Relato de los hechos y circunstancias relacionadas (hechos que generaron la solicitud del examen, actividades desarrolladas durante las horas inmediatamente anteriores a tales hechos, traumas físicos sufridos durante el evento, presencia de sintomatología, atención médica recibida, etc.)_____

1.2 Información adicional al comenzar el examen (documentos de autoridad, historia clínica, etc):

1.3 Antecedentes de importancia (médicos, psiquiátricos, farmacológicos, toxicológicos):_____

2. EXAMEN CLÍNICO

2.1 Presentación, porte, actitud, conducta motriz:_____

2.2 Olores asociados: Aliento Alcohólico:

Negativo ☐ Discreto ☐ Evidente ☐ Dudoso ☐

Otros (describa): _____

2.3 Sensorio: Estado de conciencia: _____

Orientación: _____

Atención: _____

Memoria: _____

2.4 Afecto: _____

2.5 Lenguaje: Disartria: negativa ☐ discreta ☐ evidente ☐

Otras alteraciones: Sí ☐ No ☐ Cuales (describa): _____

2.6 Alteraciones del pensamiento, sensopercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección:

2.7 Signos Vitales: Frecuencia cardiaca: _____ Frecuencia respiratoria: _____

Presión arterial: _____ Temperatura corporal: _____

2.8 Talla: _____ **Peso:** _____

2.9 Piel y mucosas: _____

2.10 Ojos: Congestión conjuntival: Sí hay: _____ No hay: _____

Pupilas: Isocóricas mióticas ☐ midriáticas ☐ diámetro normal ☐ Anisocóricas ☐

Reflejo fotomotor: Normal ☐ Alterado ☐ **Convergencia ocular:** Normal ☐ Alterada ☐

2.11 Reflejos Osteotendinosos: Hiporeflexia ☐ Hipereflexia ☐ Normoreflexia ☐

2.12 Coordinación Motora, Equilibrio y Marcha:

- **Pruebas de movimiento punto a punto** (dedo-nariz; dedo-dedo):

Normales ☐ Alteradas ☐ No se realizan ☐

- **Test de movimientos rápidos alternos:**

Normal ☐ Alterado ☐ No se realizan ☐

- **Prueba de Romberg:**

Normal ☐ Alterada ☐ No se realiza ☐

- **Prueba de marcha en Tamden (punta-talón):**

Normal ☐ Alterada ☐ No se realiza ☐

- **Prueba de marcha en las puntas de los pies y en los talones:**

Normal ☐ Alterada ☐ No se realiza ☐

Observaciones: _____

2.13 Evaluación de Nistagmus:

- **Nistagmus Espontáneo:** Presente ☐ leve ☐ evidente ☐ horizontal ☐ vertical ☐
Ausente ☐

- **Prueba de nistagmus a mirada extrema:** Positivo ☐ leve ☐ evidente ☐ horizontal ☐ vertical ☐
Negativo ☐ No se realiza ☐

- **Prueba de nistagmus posrotacional:** Positivo ☐ leve ☐ evidente ☐ horizontal ☐ vertical ☐
Negativo ☐ No se realiza ☐

Observaciones: _____

3. PRUEBAS PARACLÍNICAS:

3.1 Determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor

Si se realiza ☐ Resultado: _____

Registros adjuntos: _____

No se realiza: _____

Observaciones: _____

3.2 Muestras recolectadas para estudio toxicológico:

TIPO DE MUESTRA	ANÁLISIS SOLICITADO	DESTINO	
		Enviado a laboratorio de	Entregado a la autoridad

4. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES:

Firma - Código del perito