

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES CLÍNICO-FORENSES, VALORACIONES PSIQUIÁTRICAS O PSICOLÓGICAS FORENSES Y OTROS PROCEDIMIENTOS FORENSES RELACIONADOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. NUMERO DE RADICACIÓN DEL CASO:_____

2. FECHA:_____

AAAA

MM

DD

Hora (formato 24 horas)

3. DATOS DE LA AUTORIDAD SOLICITANTE:

INSTITUCIÓN:_____

OFICIO No.:_____

NOMBRE:_____

CARGO O CALIDAD:_____

4. NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN SE LE REALIZA EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) FORENSE(S):

5. SEXO:

Nombres

Primer Apellido

Segundo apellido

F

M

6. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL EN CASO DE REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN MENORES O PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD MENTAL O COGNITIVA):

Nombres

Primer Apellido

Segundo apellido

CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN OTORGA EL CONSENTIMIENTO:

Yo, _____

una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos para el proceso judicial o administrativo, y las consecuencias posibles que se derivarían de la negativa para realizarlos, así como de las posibles complicaciones que puedan derivarse del procedimiento a realizar, otorgo en forma libre mi consentimiento. Si No

A: _____

Nombre de la Entidad que realiza el procedimiento

para la realización de los procedimientos forenses de:

Consignar el (los) tipo(s) de procedimiento(s) a realizar

quienes se comprometen a mantener la confidencialidad de la información obtenida de acuerdo con lo establecido en la Ley.

II. AUTORIZACIÓN DE LA PRESENCIA DE PERSONAS EN ENTRENAMIENTO FORENSE DURANTE EL PROCEDIMIENTO (Si aplica).

Autorizo la presencia de las siguientes personas en entrenamiento forense durante la realización del (los) procedimiento(s) antes mencionados:

III. AUTORIZACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS Y OTROS: Autorizo realizar, como parte de los procedimientos forenses:

Si No

La toma de muestra de sangre.

Si No

La toma de otras muestras biológicas o fluidos corporales.

Si No

La toma de radiografías.

Si No

La toma de impresiones dentales.

Si No

La toma de registros de mordida.

Si No

Registro fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen.

Si No

Registro en video.

Si No

OTROS: Especifique:_____

IV. AUTORIZACIÓN DE USO DE MATERIAL E INFORMACIÓN CON FINES ACADÉMICOS:

Autorizo el uso del material obtenido y de la información derivada, con fines académicos, en el marco del respeto de la dignidad humana y garantizando mi anonimato. Si No

V. AUTORIZACIÓN DE USO DE MATERIAL EN ESTUDIOS GENÉTICOS POBLACIONALES (Si aplica)

Autorizo la utilización de mi perfil genético, desligado de mis datos personales (nombre y otros datos individualizantes), como información anónima en estudios genéticos poblacionales. Si No

OBSERVACIONES:_____

Declaro que he entendido el presente documento y como constancia de ello firmo

FIRMA:_____

Documento de Identidad:_____ No. _____

Huella del índice derecho

EXAMINADO

En todos los casos

QUIEN AUTORIZA

Si se trata de menores y/o discapaces