

PROTOCOLO DE INFORME PERICIAL PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LESIONES EN CLINICA FORENSE

A. INFORMACIÓN GENERAL

Escriba a mano o a máquina cada uno de los datos que solicita el formato.

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

Ciudad del examen: _____ Fecha del examen: AÑO _____ MES _____ DIA _____ Hora del examen (formato militar) _____

No de radicación: _____ o Historia Clínica No. _____

Solicitante: _____ No. y fecha Oficio Petitorio: _____ NUC: _____

Nombre del examinado: _____

Escolaridad: ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☐ Universitaria ☐ Ninguna

Procedencia: _____ Ocupación actual actividad : _____

Pertenece a un grupo de población víctima de desplazamiento forzado No ☐ Si ☐

Sexo: M ☐ F ☐ Edad referida: _____ Fecha de Nacimiento AÑO _____ MES _____ DIA _____

Documento de identidad: CC ☐ TI ☐ Otro ☐ Número: _____ Indocumentado ☐

Se toma reseña monodactilar del examinado: Dedo índice derecho ☐ Dedo pulgar derecho ☐ Otro ☐ (explicar): _____

Dirección: _____ Teléfono de Contacto: _____

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Explique brevemente en qué consiste la entrevista, el examen médico legal y los procedimientos relacionados, así como su importancia dentro de la investigación. Registre aquí la constancia sobre el Consentimiento Informado y toma de huella monodactilar; también cuando sea el caso el nombre de cualquier persona diferente al personal forense o de salud presente durante el examen; entre otros. _____

C. ABORDAJE DEL CASO

El examen médico forense se inicia desde que la víctima se reúne con el médico. El médico decide cómo ha de realizar el examen qué áreas del cuerpo explorar y cuáles evidencias buscar de acuerdo con el relato de los hechos y la información aportada por la autoridad sobre las características del evento investigado.

OBSERVACIONES: _____

1. INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE

Hacer una breve referencia de los documentos aportados con el caso y extraer de los mismos lo pertinente (documentos de la autoridad, historia clínica, resultados de exámenes paraclínicos, entre otros):

2. ENTREVISTA MÉDICO FORENSE

2.1 RELATO DE LOS HECHOS: Anote lo referido por el examinado o su acompañante: (circunstancias de tiempo, modo y lugar). En caso de sospecha de tortura, indague sobre los métodos empleadosteste.

Información suministrada por: Examinado ☐ Otro: _____
(Nombre y relación con el examinado)

Lugar: _____
Lugar y dirección (si se conoce) o descripción y puntos de referencia

2.2 PRESUNTO AGRESOR:

2.2.1 Agresor único: Sexo M ☐ F ☐ Desconocido ☐ Conocido ☐ Relación con la víctima: _____

2.2.2 Agresores múltiples: Número de agresores _____ Describa: _____
(Sexo; desconocidos o conocidos; relación con la víctima; etc.)

2.3 ATENCIÓN EN SALUD

2.3.1 Recibió atención en un servicio de salud: No ☐ Sí ☐ Lugar: _____

Aporta copia de historia clínica: No ☐ Sí ☐ No. de Historia Clínica: _____

Resumen de historia clínica o de la información aportada por el (la) examinado(a): _____

3. REVISIÓN POR SISTEMAS

Anotar síntomas referidos: _____

4. ANTECEDENTES

4.1 Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarquia: _____ Ciclos: _____ Fecha de la Última menstruación: _____

Gravidez: _____ Partos: _____ Abortos: _____

Vivos: _____ Fecha del último parto: _____

Utiliza métodos anticonceptivos: No ☐ Sí ☐ método: _____

4.2 Antecedentes medicolegales (historia previa de eventos similares al actual): _____

4.3 Antecedentes médicos, quirúrgicos, traumáticos, hospitalarios, alérgicos, psiquiátricos y toxicológicos: _____

5. DESCRIPCIÓN DE PRENDAS

5.1 ¿Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos? Sí ☐ No ☐

Las trae al examen Sí ☐ No ☐ ¿Dónde se encuentran?: _____

5.2 Se dejan prendas para estudio: Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Descripción de las prendas: _____

(Tipo, talla, color, letreros, alteraciones, orificios, desgarros, manchas, etc.)

6. EXAMEN MÉDICOLEGAL

Peso o contextura: _____ Kg. Talla: _____ cms. Signos Vitales: T/A: _____ F C: _____ por min. F R: _____ por min. Temp.: _____ °C

6.1 Aspecto general *Describe el aspecto general y estado emocional del examinado y su evolución durante el examen*

6.2 Descripción de hallazgos y recolección de evidencia física

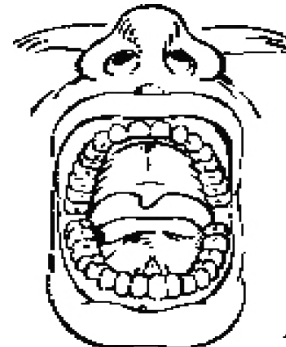
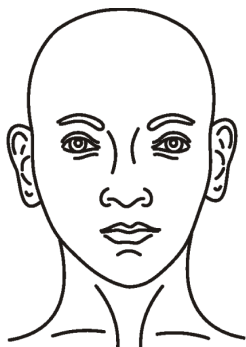
Describe lesiones si las presenta o condiciones físicas que puedan alterar la interpretación de los hallazgos.

☐ **Cara:** _____

☐ **Cabeza (cuero cabelludo, pelo):** _____

☐ **Cuello:** _____

☐ **Cavidad oral:** _____



- **Tórax:** _____

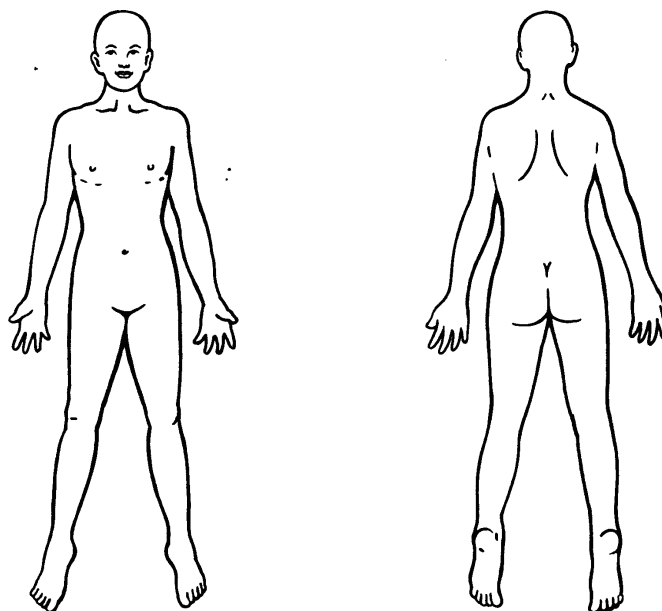
- **Senos:** _____

- **Abdomen:** _____

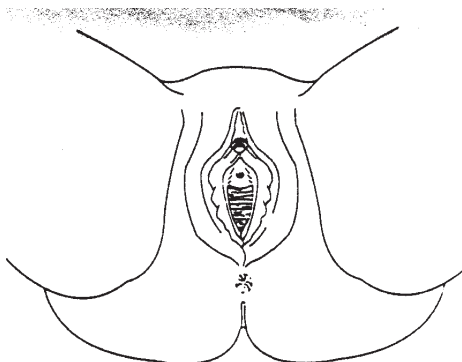
- **Región glútea:** _____

- **Extremidades:**
 - **Miembros superiores:** _____

 - **Miembros inferiores:** _____

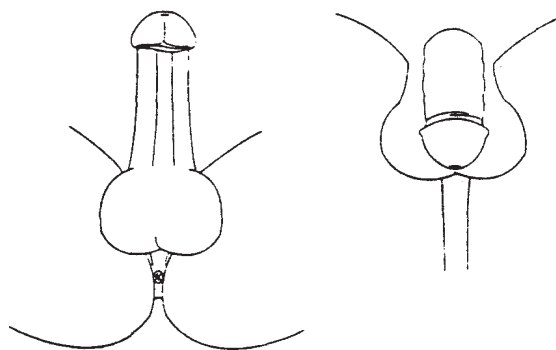


- **Examen Genital:**
 - **Genitales externos femeninos:** _____



• **Genitales externos masculinos:**

• **Examen anal y perianal:** _____



7. VALORACIÓN DE EMBRIAGUEZ POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS:

Se realiza examen clínico para determinar embriaguez No ☐ Sí ☐

En caso afirmativo, registre los hallazgos.

- **Olores asociados:** Aliento alcohólico negativo ☐ Discreto ☐ Evidente ☐ Dudoso ☐

Otros (describa): _____

• **Sensorio:**

Estado de conciencia: alerta ☐ Hiperalerta ☐ Somnoliento ☐ Estuporoso ☐ Comatoso ☐ Obnubilado ☐ Confuso ☐

Orientación: _____

Atención: Normal ☐ Aumentada ☐ Disminuida ☐ Dispersa ☐

Memoria: _____

• **Afecto:** _____

(Tipo de afecto; modulación; congruencia; adecuado o inadecuado a las circunstancias, etc.)

• **Lenguaje:**

Flujo de lenguaje: normal ☐ aumentado (taquilalia o logorrea) ☐ disminuido (bradilalia) ☐

Disartria: negativa ☐ discreta ☐ evidente ☐

Otras alteraciones: No ☐ Sí ☐ ¿Cuáles?: _____

• **Alteraciones del pensamiento, sensoripercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección:** _____

- **Ojos:** Congestión conjuntival Sí hay ☐ No hay ☐

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

Reflejo fotomotor: ☐ Normal ☐ Alterado

Convergencia ocular: ☐ Normal ☐ Alterada

- **Reflejos osteotendinosos:** ☐ Hiporreflexia ☐ Hiperreflexia ☐ Normorreflexia

• **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 ☐ alterada ☐ no se realiza

Prueba de Romberg: ☐ normal ☐ alterada ☐ no se realiza

Prueba de marcha en Tandem (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

• **Evaluación de Nistagmus:**

Nistagmus espontáneo: ☐ Presente leve ☐ evidente ☐ horizontal ☐ vertical ☐ Ausente

Prueba a mirada extrema: ☐ Positivo ☐ leve ☐ evidente ☐ horizontal ☐ vertical

☐ Negativo ☐ No se realiza

Prueba de nistagmus post rotacional: ☐ Positivo ☐ leve ☐ evidente ☐ horizontal ☐ vertical

☐ Negativo ☐ No se realiza

• **¿Se recolectan muestras para estudio toxicológico?:**

Muestra de sangre Sí ☐ No ☐ Muestra de orina Sí ☐ No ☐

Estudios Solicitados: ☐ Alcoholemia ☐ Psicofármacos ☐ Estupefacientes

Otros: _____

D. DOCUMENTACIÓN DE HALLAZGOS

Fotografías: _____
Diagramas: _____
Radiografías: _____
Ecografías: _____
Otros: _____

E. MUESTRAS Y ELEMENTOS PARA ESTUDIO

Asegúrese de diligenciar adecuadamente los formatos de cadena de custodia de las evidencias y muestras recolectadas.

F. INTERCONSULTAS**G. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES:**

Haga un breve análisis que eintegre la información obtenida y establezca mecanismo causal, incapacidad médico-legal y secuelas.

H. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

1. Remisión y/o interconsulta a Salud: _____
2. Remisión a protección: _____
3. Otras recomendaciones: _____

I. NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REALIZA EL EXAMEN

NOMBRE: _____ FIRMA: _____