REALIZACION DE EXAMENES MEDICO-LEGALES Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS, EN VICTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y LESIONES PERSONALES.

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981 y las guías Prácticas para la Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social de 2010)

Numero de radicación del caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha y hora \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Nombre completo de la persona a examinar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre del representante legal (en caso de examen de menores o personas incapaces):

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

1. Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ una vez informado sobre los procedimientos que se llevaran a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación judicial y las consecuencias posibles que se derivarían de la imposibilidad de practicarlos:

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ otorgo en forma libre mi consentimiento a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Nombre de la entidad que realiza el examen)

Para la realización del examen médico legal de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Solicitado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Como parte de la realización de este examen médico legal autorizo efectuar:

* Sí\_\_ No\_\_ la extracción de sangre y otras muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses complementarios.
* Si\_\_ No\_\_ la toma de radiografías.
* Si\_\_ No\_\_ la toma de impresiones dentales para modelos de estudio y registro de mordida.
* Si\_\_ No\_\_ la realización del registro fotográfico, video, de lesiones, evidencias, y hallazgos durante el examen médico legal.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad, de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Índice derecho