

## RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN PREVIA AL INICIO DEL PERITAJE

Registrar antecedentes aportados por la persona adulta, ya sea acompañante, policías o registros de los que se disponga, mencionando su origen.

**Acompañante** (omitir individualización si es la misma persona registrada en la sección A): Nombre; Vínculo con paciente; RUN/ Pasaporte; Domicilio; Teléfono/ Mail personal

**Policía:** Nombre; N° de placa; RUN/ Pasaporte; Unidad Policial a la que Pertenece

**Registros:** Tipo de registro escrito; fotografías, videos, otras imágenes, entre otros

### DATOS DEL PRESUNTO AGRESOR/A, DATOS DE LOS PRESUNTOS HECHOS QUE MOTIVAN DENUNCIA, SI LO SABE

DESCONOCIDO/A		CONOCIDO/A		PARENTESCO/ VÍNCULO
NOMBRE O APELATIVO, SI SE DISPONE				
FECHA DE LOS HECHOS, SI SE DISPONE		DÍA	MES	AÑO
HORA DE LOS HECHOS, SI SE DISPONE				
LUGAR DE LOS HECHOS, SI SE DISPONE				

# INFORME PERICIAL DE VIOLENCIA SEXUAL – NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Siempre la participación y entrega de información es voluntaria respecto del Niño, Niña o Adolescente (NNA), la falta de información respecto de uno de los campos iniciales (acápites A al D2) no impedirá la continuación del examen

## A. INFORMACIÓN GENERAL

1. INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA EL EXAMEN:		2. CIUDAD DEL EXAMEN:			
3. NÚMERO DE DATO ATENCIÓN DE URGENCIA (DAU):		4. NÚMERO DE INFORME PERICIAL:			
A.1 INFORMACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE					
5. NOMBRE DE NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE A EXAMINAR O APELATIVO QUE INDIQUE:					
6. NOMBRE SOCIAL (Como quiere ser llamado/a):					
7. PRONOMBRE PREFERIDO (EL /LA):					
8. SEXO BIOLÓGICO:		9. GÉNERO:	10. FECHA DE NACIMIENTO:		11. EDAD:
HOMBRE	MUJER	NO DET.		DÍA	MES
				AÑO	
12. LUGAR NACIMIENTO:		13. TELÉFONO DE CONTACTO:			
14. CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD:					
NO SABE		NO	SI	CUÁL:	
15. PERTENECE A PUEBLO ORIGINARIO		16. ES MIGRANTE:		NO	SI
NO	SI	15.1 CUAL:		16.1. PAÍS DE ORIGEN:	
17. ESTADO CIVIL		18. NIVEL EDUCACIONAL		19. ACTIVIDAD	
20. DOMICILIO DEL NNA A EXAMINAR		21. COMUNA		22. CESFAM	

A.2 INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑA AL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE INGRESA (Estos datos se consultan directamente a quien acompaña al NNA)						
23. NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:						
24. VÍNCULO DEL NNA CON LA PERSONA ACOMPAÑANTE:						
25. NOMBRE DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA:		26. TIPO Y N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD QUE PRESENTA				
		RUN:	PASAPORTE :	OTRO :		
27. DOMICILIO DEL ACOMPAÑANTE:		28. COMUNA:				
29. TELÉFONOS DE CONTACTO:		30. CORREO ELECTRÓNICO:				
30. OBSERVACIONES/ relato que aporta la persona que acompaña que acompaña al NNA durante la pericia: acompañante se entiende a la persona que acompaña a NNA durante la pericia.						
32. FECHA DEL EXAMEN:		33. HORA EXAMEN:				
<b>B. ABORDAJE DEL CASO</b>						
<p><b>EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN RESPECTO AL CASO, SE DEBE A REALIZAR ANTES DE LA ATENCIÓN DEL NNA. Esta información no se debe consultar al NNA</b></p> <p>El NNA no puede escuchar las preguntas que se realicen al acompañante ni el relato que este proporcione. Además, se advertirá al acompañante que en su momento, no podrá influir, interferir o comentar la información que pudiera manifestar el NNA en forma espontánea. Si el NNA no quiere separarse de su acompañante, su relato se deberá recoger por escrito, con la misma reserva indicada previamente en relación al NNA.</p> <p><b>Debe quedar claro de dónde se obtuvo el origen de la información:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por relato del acompañante del NNA antes del examen.</li> <li>• Por relato espontáneo del NNA antes del examen.</li> <li>• Por documentos aportados en relación al caso, de donde se extrajo lo pertinente: de interconsultas, de dato de atención en centro de salud u otros dispositivos, desde informe psicosocial, desde informe de policías o Fiscalía, desde entrevista video grabada, u otra fuente.</li> </ul>						
<b>RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN PREVIA AL INICIO DEL PERITAJE</b>						
Registrar antecedentes aportados por adultos, ya sea acompañante, policías o registros de los que se disponga, mencionando su origen.						
1. NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE QUE APORTA DATOS (omitir si es la misma persona que acompañaba al NNA en el punto A2.)						
2. VÍNCULO CON EL NNA (omitir si es la misma persona que acompañaba al NNA en el punto A2.)						
3. DOMICILIO DE ACOMPAÑANTE QUE APORTA DATOS						
4. TELÉFONO DE CONTACTO						
5. PRESUNTO/A AGRESOR/A/ES		CONOCIDO/A	NO	SI	VÍNCULO:	DESCONOCIDO/A

NOMBRE O APELATIVO DEL PRESUNTO AGRESOR, SI SE DISPONE :				
HORA DE LOS HECHOS, SI SE DISPONE:				
DÍA	MES	AÑO	HORA	MINUTOS

5. PRESUNTO LUGAR DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN DENUNCIA. (DATO DISPONIBLE):				

6. NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE QUE APORTA DATOS omitir si es la misma persona que acompañaba al NNA al ingreso a urgencia (sección A.2)			7. TIPO Y N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
			RUN	PASAPORTE
				OTRO

8. OBSERVACIONES				

**C. PROFESIONAL Y MIEMBRO DEL EQUIPO QUE ACOMPAÑA LA PERICIA**

1. NOMBRE:	2. PROFESIÓN:	3. FIRMA:

**D. CONSENTIMIENTO INFORMADO MÉDICO FORENSE**

Es relevante que desde el contacto inicial se realice acogida al niño, niña o adolescente con trato digno y respetuoso en su calidad de sujeto de derechos, lo cual implica informar y explicar brevemente, acorde a su edad, nivel de desarrollo y capacidades, en qué consiste la anamnesis, el examen médico forense, la recolección de muestras y su importancia dentro de la investigación para casos como lo que le ha sucedido y su voluntariedad será considerada en todo momento. Se completará el Formulario de Consentimiento Informado con el acompañante y de Asentimiento Informado, si el NNA ha entendido lo que se le va a hacer y puede "firmar" de alguna forma. En caso que el acompañante/ adulto responsable no otorgue su consentimiento, se deberá poner en conocimiento de la fiscalía en forma inmediata para requerir autorización judicial, si procede.

1. CONSENTIMIENTO DE ACOMPAÑANTE:	SI	NO	2. ASENTIMIENTO DE VÍCTIMA:	SI	NO
-----------------------------------	----	----	-----------------------------	----	----

OBSERVACIONES:					

## E. ATENCIÓN DEL NIÑO, NIÑA, ADOLESCENTE

El médico a cargo de la pericia se limitará exclusivamente a practicar una anamnesis, los reconocimientos, pruebas biológicas y exámenes que correspondan, y no podrá formular al NNA preguntas dirigidas a obtener un relato de la agresión sufrida, o en general, que busquen establecer la ocurrencia de los hechos materia de la investigación o la determinación de sus partícipes.

No obstante se debe registrar, de manera íntegra, todas las manifestaciones verbales y conductuales que en forma voluntaria y espontánea exprese el NNA. Se utilizarán “comillas” cuando se trata de frases textuales del NNA.

### 1. EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL

Describir el estado emocional del NNA.

Consultar al iniciar la anamnesis ¿Sabes para qué estás aquí? ¿Necesitas algo? ¿Quieres agregar algo más?

Registrar, de manera íntegra, todas las manifestaciones verbales y conductuales que exprese NNA. Luego contando con la voluntad del NNA, desarrollar examen físico conforme se dispone en la Norma General Técnica para la atención de Violencia Sexual, adecuación para la atención de NNA.

#### 1.1. REGISTRAR ACTOS SEXUALES SI LOS DESCRIBE NNA EN FORMA VOLUNTARIA Y ESPONTÁNEA

Tocaciones/penetración/mordidas/ besos/eyaculación/otros

Señalar “entre comillas” las palabras textuales del NNA, nunca interpretar o “traducir” lo referido

#### 1.2. REGISTRAR ACTIVIDADES REALIZADAS INDICANDO EL TIEMPO TRANSCURRIDO AL MOMENTO DEL EXAMEN MÉDICO (SI CORRESPONDE).

Consultar: cuando fue la última vez que orinaste, que te duchaste, que usaste un tampón, que te cambiaste de ropa, etc.? Siempre las preguntas deben ser abiertas y no dirigidas para una respuesta si/no. El relato abierto permite obtener más información. NUNCA JAMÁS preguntar: después de que te abusaron/violaron, cuando fue que orinaste, etc.?

<b>1.2.1 ORINA</b>	NO	SI	<b>1.2.2. DEFECAR</b>	NO	SI	<b>1.2.3 VOMITA</b>	NO	SI
	CUANDO:			CUANDO:			CUANDO:	

**SEÑALE SI REALIZÓ LAS ACTIVIDADES DE ASEO ANTES DEL EXAMEN (Marque las alternativas que corresponda)**

<b>LAVADO CORPORAL</b>		<b>DUCHA</b>		<b>BAÑO</b>		<b>LAVADO DE DIENTES</b>		<b>ENJUAGUE BUCAL</b>		<b>1.2.4. USO/ RETIRO DE TAMPÓN</b>	
NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
CUANDO:		CUANDO:		CUANDO:		CUANDO:		CUANDO:		CUANDO:	

<b>1.2.5. ÚLTIMO CAMBIO DE ROPA:</b>	<b>CUÁL PRENDA</b>	
NO	SI	CUANDO:

**OTRO/ DESCRIBA :**

### 2. ANTECEDENTES DE SALUD

Consultar al NNA acorde a su nivel de desarrollo y capacidades según el caso. Registrar si la información es entregada por la persona acompañante.

#### 2.1. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS (MUJER)

En caso que el o la NNA refiera tener actividad sexual, se sugiere formular preguntas abiertas y de manera respetuosa.

**No se debe aludir al evento o a los partícipes. Las preguntas abiertas permiten obtener más información.**

2.1.1 MENARQUIA		2.1.2. CICLOS		2.1.3 FECHA ÚLTIMA REGLA							
2.1.4 PARTOS		2.1.5 NACIDO VIVOS		2.1.6 FECHA ÚLTIMO PARTO		2.1.7 GESTACIÓN ACTUAL		2.1.8 ABORTOS :			
NO	SI	NO	SI								
2.1.9 MÉTODO ANTICONCEPTIVO:		2.1.10.CUÁL:		DESDE CUANDO :		USO REGULAR					
SI	NO					SI NO					
ACTIVIDAD SEXUAL											
SI	NO										
OBSERVACIONES											
<b>2.2. ANTECEDENTES ANDROLÓGICOS (HOMBRE)</b>											
Consultar sólo en caso que el niño o adolescente refiera que tiene una pareja. Se sugiere formular preguntas abiertas y de manera respetuosa, <u>sin aludir al evento o a los partícipes</u> . El relato abierto permite obtener más información.											
2.2.1 ACTIVIDAD SEXUAL :											
2.2.2 USO DE CONDÓN O PRESERVATIVO :											
OBSERVACIONES :											
<b>2.3 ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES</b>											
2.3.1. ANTECEDENTES MORBIDOS:											
2.3.2. ANTECEDENTES QUIRURGICOS ( especial énfasis en área urogenital):											
2.3.3. HÁBITO URINARIO :											
2.3.4. HÁBITO INTESTINAL :											
2.3.5. CONSUMO ALCOHOL Y OTRAS DROGAS :											
2.3.6 USO DE MEDICAMENTOS:											
2.3.7 ALERGIAS: NO/ SI/ CUÁL/ES:											
OBSERVACIONES :											
<b>2.4 VACUNAS (Revisar Registro Nacional de Imunizaciones PNI)</b>											
AL DÍA (Esquema PNI)		SI	NO	HEPATITIS		SI	NO	VPH		SI	NO
OBSERVACIONES:											

3. DESCRIPCIÓN DE PRENDAS		
3.1. ¿Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos?		3.2. ¿Dónde se encuentran?
NO	SI	Observaciones:
3.1.1. Las trae al examen		
NO	SI	
3.3. Se dejan para estudio		
NO	SI	
3.4. Descripción: seguir la indicación del instructivo para la recolección y embalaje de prendas, utilizando formato cadena de custodia si se dejan para estudio		
1.	NUE:	Destino:
2.	NUE:	Destino:
3.	NUE:	Destino:
4.	NUE:	Destino:
5.	NUE:	Destino:
4. EXAMEN MÉDICO FORENSE		
Peso: _____. Talla: _____ P/A: ____/____ FC: _____ FR: _____ Temp: _____		
4.1. Aspecto general		
Describe el aspecto general, estado emocional de la persona examinada, cooperación y evolución durante el examen:		

#### 4.2. Descripción de hallazgos y recolección de evidencia física

Describe las lesiones si las presenta o condiciones físicas que puedan alterar la interpretación de los hallazgos. Puede ayudarse de los dibujos (a continuación), para ilustrar los hallazgos.

#### 4.3 Valoración de la zona subungueal:

Se recolecta evidencia física: NO SI

Describe:

Se recolecta evidencia física

NO SI

Frotis subungueal:

Cuerpo extraño:

Otros:

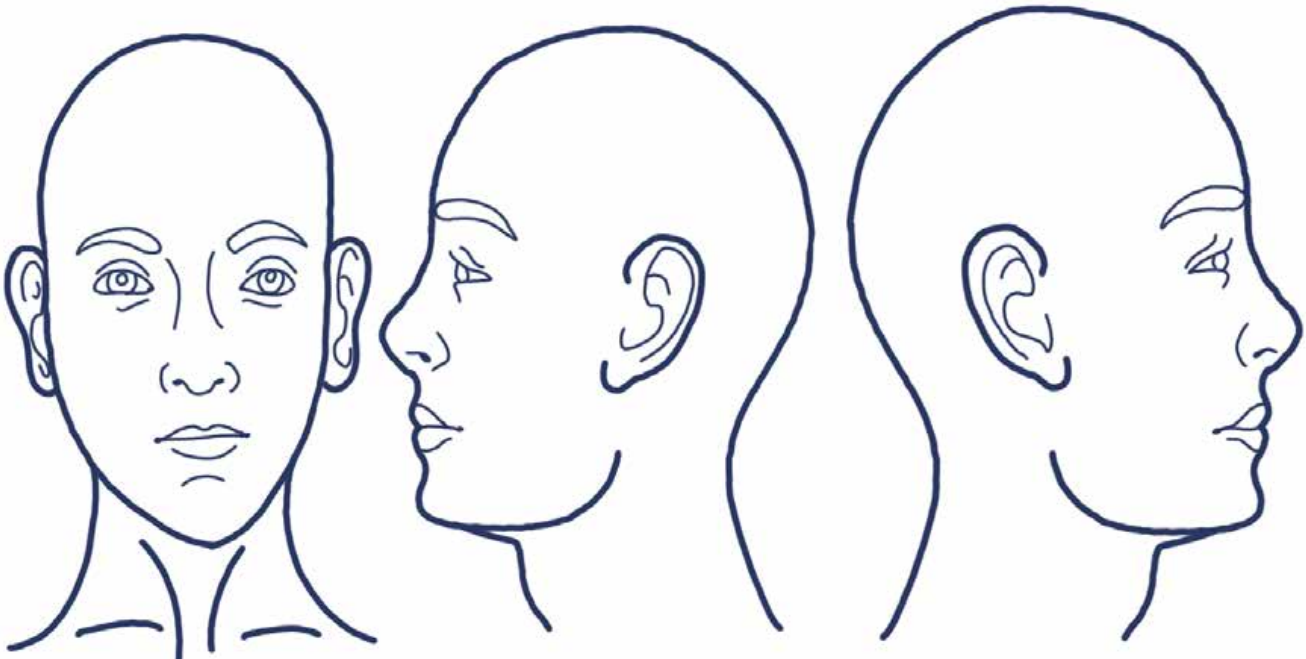
#### 4.4. Cara, cabeza (cuero cabelludo, pelo) cuello:

Presenta lesiones: NO SI

Describe:

Se recolecta evidencia física: NO: SI:

Describe:





#### 4.5. Cavity oral:

Examine the oral cavity in search of lesions and foreign material, according to the report.

Describe:

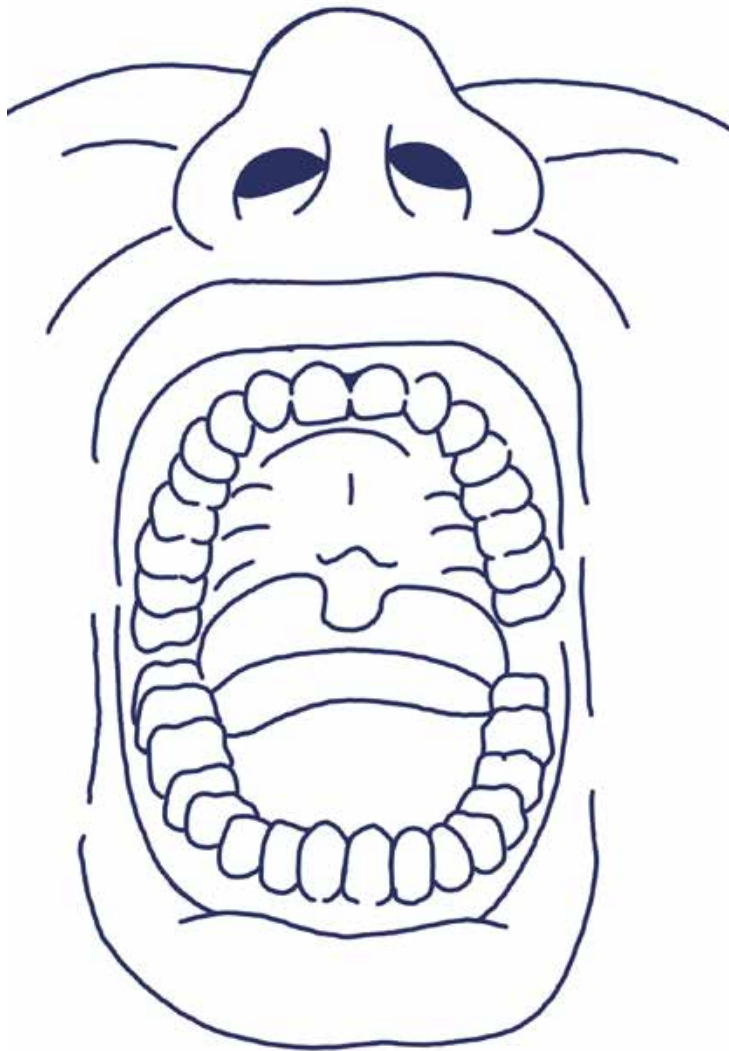
Presents lesions: NO    SI

Physical evidence collected: NO    SI

Describe

Describe the type of dentition Phase:

Initial:    Media:    Completa:



#### 4.5 Tórax

Presenta lesiones: NO SI

Describe:

Se recolecta evidencia física: NO SI

Describe:

#### 4.6 Mamas

Presenta lesiones: NO SI

Describe:

Se recolecta evidencia física: NO SI

Describe:

Estadío de Tanner:

#### 4.7 Abdomen:

Presenta lesiones: NO SI

Describe

Se recolecta evidencia física: NO SI

Describe

Signos de embarazo: NO SI

Describe:

#### 4.8 Espalda

Presenta lesiones: NO SI

Describe:

Se recolecta evidencia física: NO SI

Describe:

#### 4.9. Región glútea

Presenta lesiones: NO SI

Describe:

Se recolecta evidencia física: NO SI

Describe:

#### 4.10 Extremidades

Axilas:

Se recolecta evidencia física: NO SI

Describe:

Presenta lesiones: NO SI

Describe:

Miembros superiores:

Presenta lesiones: NO SI

Describe:

Se recolecta evidencia física: NO SI

Describe:

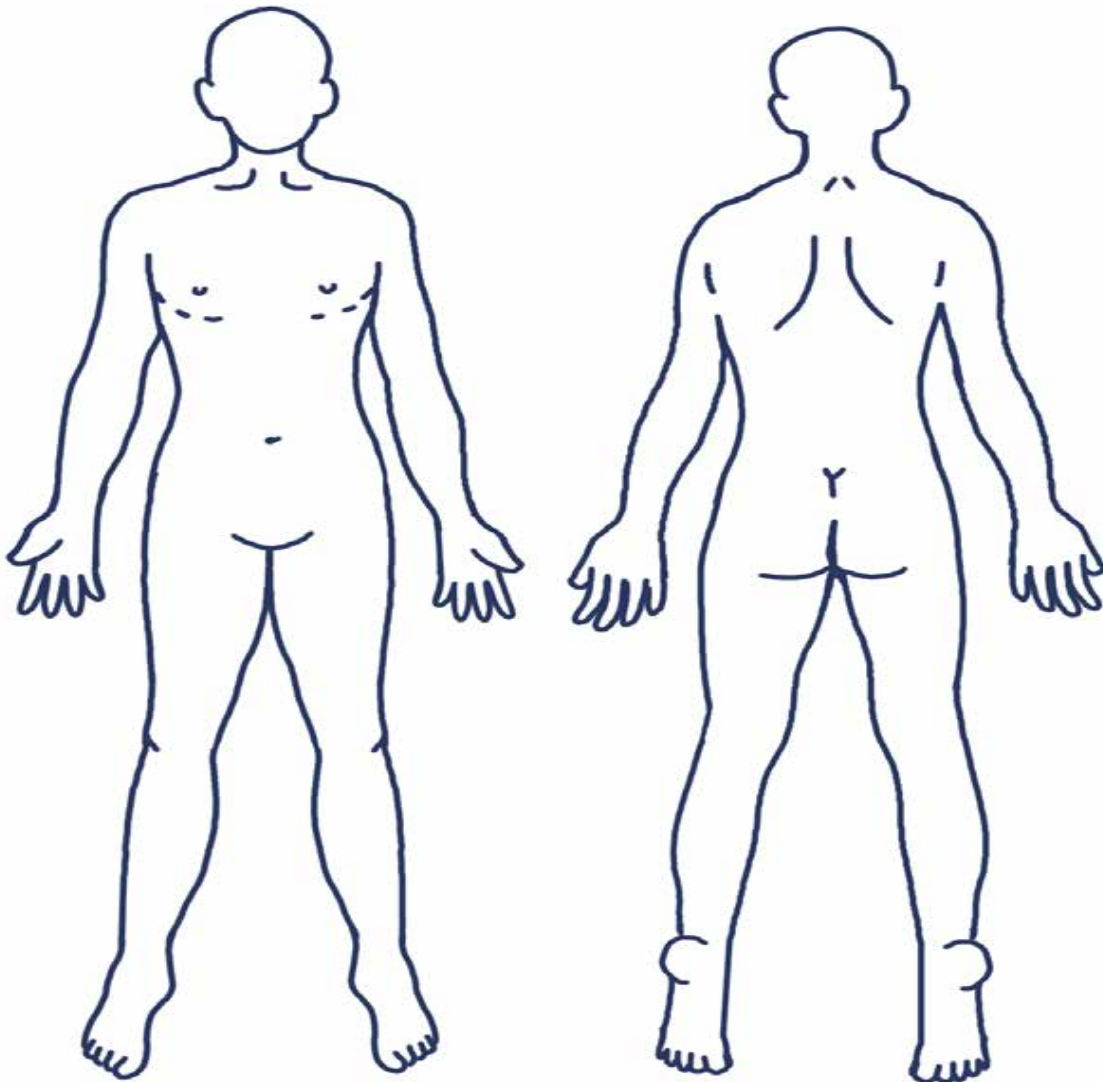
Miembros inferiores:

Presenta lesiones: NO SI

Describe:

Se recolecta evidencia física: NO SI

Describe:



**4.11.Examen genital: Para establecer la prescencia o la ausencia de lesiones, recuperar evidencia traza a este nivel, evaluar caracteres sexuales secundarios según Tanner, valorar signos clínicos de embarazo y/o ITS.**

**Genitales femeninos externos**

Estadío de Tanner:

Posición para el examen: Supina    Genupectoral    Lateral    Otra

Cuál Región púbica (vello púbico según estadío de Tanner):

Labios mayores:

Horquilla vulvar:

Clítoris:

Meato urinario:

Vagina:

Periné:

Región inguinal :

Himen (forma e integridad):    Anular:    Labiado:    Semilunar: :    Fimbriado:

Forma del himen: Imperforado:    Cribiforme:    Tabicado:    Carúnculas Mirtiformes.

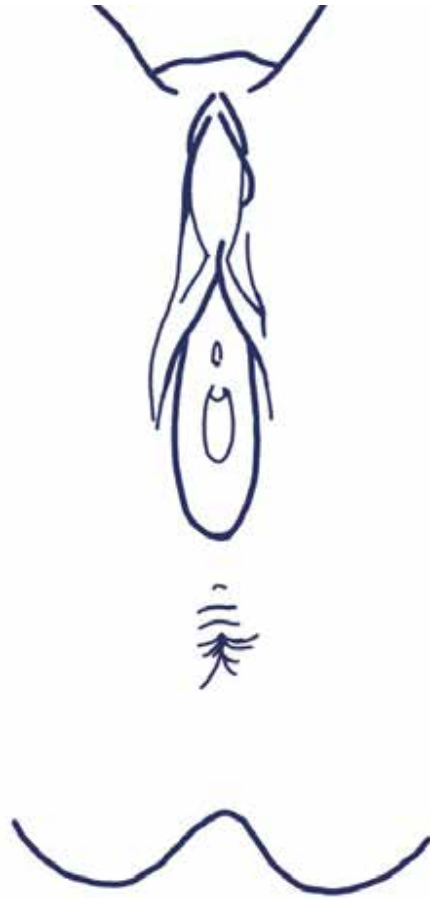
Estado del Himen:

Sin lesiones                      Con lesión

evidentes Describa:

Toma de muestras: NO    SI

Describa:



#### 4.12. Genitales externos masculinos

Estadio de Tanner:

Bolsas escrotales.

Describe:

Pene y prepucio.

Describe:

Frenillo.

Describe:

Surco balanoprepuncial.

Describe:

Glande.

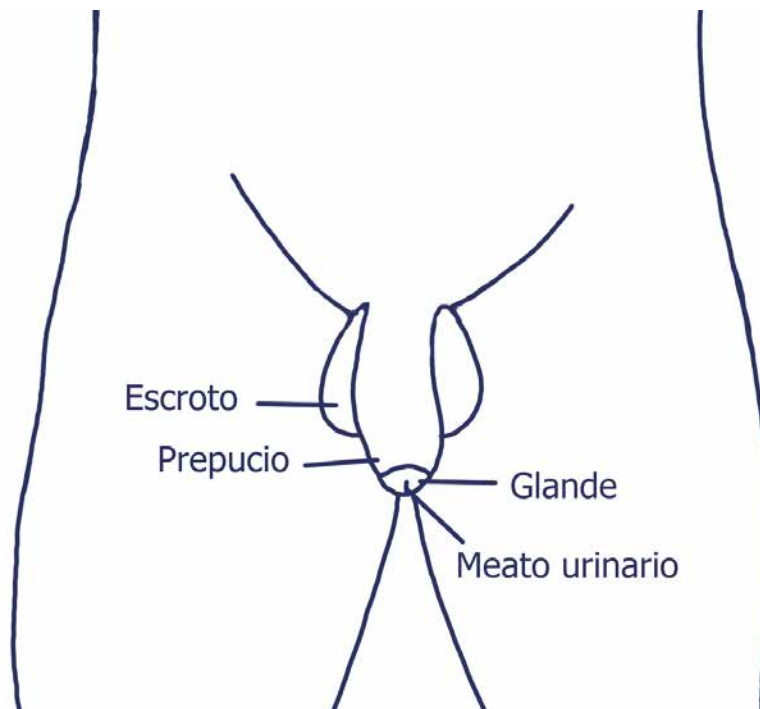
Describe:

Meato Urinario.

Describe:

Toma de muestra: NO  SI

Describe:



#### 4.13 Examen anal y perianal

Posición para el examen: Supina:    Genupectoral:    Lateral:    Otra:    Cuál:

Ano

Describe :

Tono.  
Describe:

Descripción de lesiones (fisuras, edemas, borramiento de pliegues, desgarros,  
otras): Toma de muestras: NO      SI

En caso afirmativo describe:



## 5. VALORACIÓN DE EMBRIAGUEZ POR ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

Se realiza examen para determinar alcoholemia: NO SI Hora:

Se realiza examen para otras sustancias: NO SI Hora:

Halito alcohólico: Discreto Evidente Dudoso  
Negativo

Describe:

Estado de alerta

Describe:

Orientación Temporo-espacial ( según etapa de desarrollo y capacidades):

Evaluación del Lenguaje (según etapa de desarrollo y capacidades):NO SI

Describe:

Ojos con congestión conjuntival. NO SI

Describe:

Pupilas: tamaño: Isocóricas: NO SI

Describe:

**Observaciones o comentarios:**

## 6. ESTUDIOS SOLICITADOS

Alcoholemia	NO	SI	NUE.	Destino
Toxicológico en sangre	NO	SI	NUE.	Destino
Toxicológico de orina	NO	SI	NUE.	Destino
Toxicológico en contenido gástrico	NO	SI	NUE.	Destino
Contenido vulvar y perivulvar	NO	SI	NUE.	Destino
Contenido vaginal	NO	SI	NUE.	Destino
Contenido genital masculino	NO	SI	NUE.	Destino
Contenido rectal	NO	SI	NUE.	Destino
Contenido bucal	NO	SI	NUE.	Destino
Estudio de PCR para ITS	NO	SI	NUE.	Destino
BHCG para diagnóstico de embarazo	NO	SI	NUE.	Destino
Estudio de manchas de ropa	NO	SI	NUE.	Destino



Muestra lecho subungueal	NO	SI	NUE.	Destino
Recolección del vello púbico	NO	SI	NUE.	Destino
Recolección de material extraño	NO	SI	NUE.	Destino
Toma de muestra basal VIH	NO	SI	NUE.	Destino
Muestra basal para VDRL	NO	SI	NUE.	Destino
Muestra basal para Hepatitis B	NO	SI	NUE.	Destino
Anticoncepción de emergencia:	NO	SI	NUE.	Cuál:
Profilaxis ITS (esquema indicado):				
Profilaxis VIH (esquema indicado):				
Vacunación Hepatitis B:				
Derivación en red según territorio para seguimiento y continuidad de cuidado:				
Se realizó la notificación vía mail o telefónica al centro de derivación:				

F. DOCUMENTACIÓN DE HALLAZGOS	G. MUESTRA Y ELEMENTOS PARA ESTUDIO
Fotografías:  Diagramas:  Radiologías:  Ecografías :	Gestionar adecuadamente de la cadena de custodia de las evidencias y muestras recolectadas  <div style="text-align: center;"><b>H. INTERCONSULTAS</b></div>

Otros:

## I. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES

## J. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

1. interconsulta:

2. Solicitud de medida cautelar:

