

INFORME PERICIAL DE VIOLENCIA SEXUAL					
A. INFORMACIÓN GENERAL					
Institución donde se realiza el examen				Ciudad del examen	
Fecha del examen	Horas del examen	Nº Documento de identidad:		Nº Informe	Nº Dau
	<input type="text"/> PM <input type="radio"/> AM <input type="radio"/>	R.U.T <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del examinado				Edad referida: años/meses/días	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre		Apellido Paterno	Apellido Materno		
Fecha de nacimiento	sexo	Dirección		Teléfono contacto	
<input type="text"/>	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Estado Civil	Nivel Educativo			Actividad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Nombre del Acompañante de la Víctima al Ingreso				Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre		Apellido Paterno	Apellido Materno		
Domicilio de Acompañante / Comuna					
<input type="text"/>					
Teléfonos					
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Observación					
<input type="text"/>					
Nombre del Profesional que Acompaña a Médico durante el peritaje				Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre		Apellido Paterno	Apellido Materno		
Profesión					
<input type="text"/>					

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDICÓ FORENSE	
<p>Explique brevemente en que consiste la anamnesis, el examen médico-forense , recolección de muestras y su importancia dentro de la investigación del delito sexual. Complete el formato de consentimiento informado (anexo).</p> <p>Consentimiento Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Asentimiento Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>	

C. ABORDAJE DEL CASO

1. Información adicional al peritaje

Hacer una breve referencia a los documentos aportados con el caso y extraer de los mismos lo pendiente (interconsultas, datos de atención del centro de salud, informe de fiscalía, etc.)

2. Examen medico forense

Breve descripción del estado emocional de la víctima.

2.1 Anamnesis : Relato acotado a lo referido, señalado "entre comilla" cuando se trata de frases textuales

Información suministrada por	Nombre de acompañante que entrega los datos, si fuera diferente al anterior		
Paciente <input type="radio"/> Otro(Identificar) <input type="radio"/>	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
Relación con el paciente	Lugar de los Hechos	Fecha de los hechos	Horas de los hechos
			Hora <input type="text"/>

2.2 PRESUNTO AGRESOR

PRESUNTO AGRESOR Sexo	Nº de agresores	Relación con la víctima	Violencia Sexual Anterior
M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Métodos empleados por el agresor		Tipos de armas	
<input type="checkbox"/> Amenazas	<input type="checkbox"/> Ataduras	<input type="checkbox"/> Armas	<input type="checkbox"/> Arma de fuego
<input type="checkbox"/> Golpes físicos	<input type="checkbox"/> Quemaduras	<input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante
			<input type="checkbox"/> Cortopunzante otras <input type="text"/>
El agresor se encontraba bajo el efecto del alcohol/otras drogas	El agresor resultó lesionado en los hechos	Si resultó lesionado, describa el área del cuerpo afectada	
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/>	<input type="text"/>	

2.3 Actos descrito por el paciente

Penetración del pene en:	Penetración de objeto diferente al pene en:	Eyacuación
<input type="checkbox"/> cavidad oral <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> cavidad oral <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> Año	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> No sabe	

Sitio de Eyacuación	¿Utilizó Condón?	Uso de lubricantes
<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/> No aplica <input type="radio"/>
Otras maniobras	Utilización de alcohol o drogas	
<input type="checkbox"/> Besos <input type="checkbox"/> Succiones <input type="checkbox"/> Mordeduras <input type="checkbox"/> Tocaciones	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/>	
Otros (Describa)	Describa	<input type="text"/>

Durante los hechos resultó lesionada/o la víctima	
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si presenta lesiones descríbalas en el examen físico por el área corporal (puede ayudarse de los esquemas adjuntos)
Recibió atención médica previa a este examen	
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Dónde? ¿cuál? <input type="text"/>

2.4 ACTIVIDADES POSTERIORES A LOS HECHOS (NO APLICA SI PASARON MAS DE 72 HORAS)							
Orino	Defecó	Ducha vaginal	Lavado corporal / baño ducha	Vomitó	Ingirió alimentos o bebidas	Lavado de dientes	Usó enjuague bucal
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Se cambió de ropa		Insertó o retiró tampón/ diafragma		Otro Describe			
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		<input type="text"/>			

3. Antecedentes Antecedentes ginecológicos			
Menarquia <input type="text"/>	Ciclos <input type="text"/>	Fecha última menstruación <input type="text"/>	Partos <input type="text"/> Abortos <input type="text"/> Vivos <input type="text"/>
Fecha último parto <input type="text"/>	Cirugía Ginecológica	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	En caso afirmativo ¿cuál? <input type="text"/>
Método anticonceptivo <input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	En caso afirmativo, ¿cuál? <input type="text"/>	

Antecedentes sexuales			
Otras relaciones en las últimas 48 horas	En caso afirmativo		
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Vaginal Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Cuándo? <input type="text"/>	Anal Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Cuándo? <input type="text"/>	Oral Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Cuándo? <input type="text"/>
Hubo eyacuación		¿Se uso condón?	
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En caso afirmativo ¿dónde? <input type="text"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Antecedentes médicos quirúrgicos y urlógicos:			
Alergias Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuáles? <input type="text"/>	Inmunización	
		Hepatitis B Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Virus Papiloma Humano Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

4.- Descripción de Prendas		
Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos?	Las trae al examen	Dónde se encuentran
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Se dejan para estudio		Observaciones
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica <input type="radio"/>		<input type="text"/>

Descripción: seguir la indicación del instructivo para la recolección y embalaje de prendas, utilizando formato de Cadena de Custodia si se dejan para estudio

1.-		NUE		Destino	
2.-		NUE		Destino	
3.-		NUE		Destino	
4.-		NUE		Destino	
5.-		NUE		Destino	

5.- Examen Médico Forense

Peso(kgr): Talla(cm): Signos vitales PA: FC(/min): FR(/min): Temp (°C):

5.1 Aspecto general

Describe el aspecto general, estado emocional del examinado, cooperación y su evolución durante el examen

5.2 Descripción de hallazgos y recolección de evidencia física

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

Valoración de la zona subungueal:

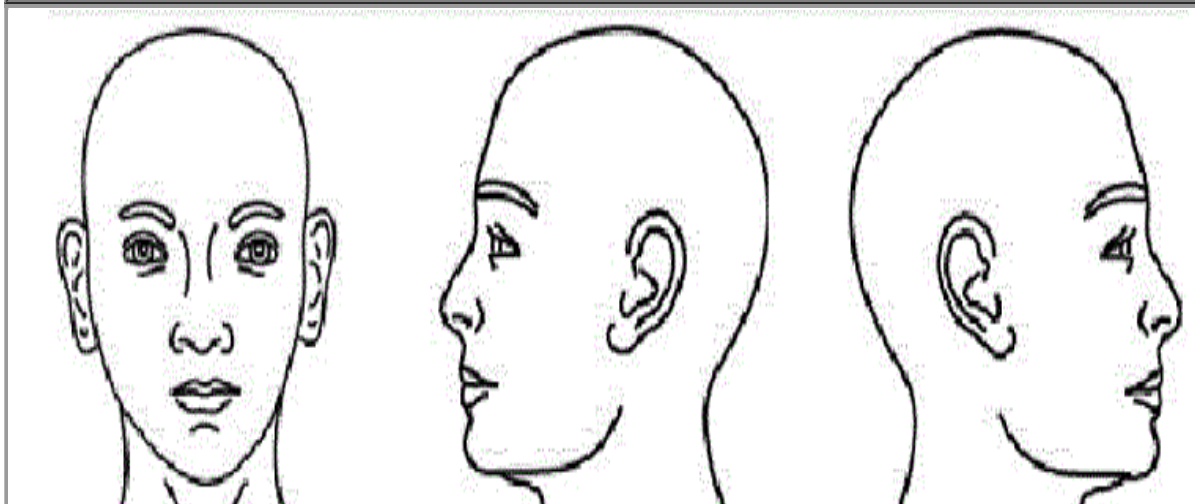
Presenta Lesiones: Si No N/A En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física: Si No ¿Cuál? Frontis subungueal Cuerpo extraño Frotis ADN del agresor

Cara, cabeza (cuero cabelludo, pelo), cuello:

Presenta lesiones: Si No En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física: Si No ¿Cuál?



Cavidad oral: Examine la cavidad oral en busca de lesiones y material extraño (si lo indica el recuerdo de los hechos)

Presenta Lesiones: Si No N/A

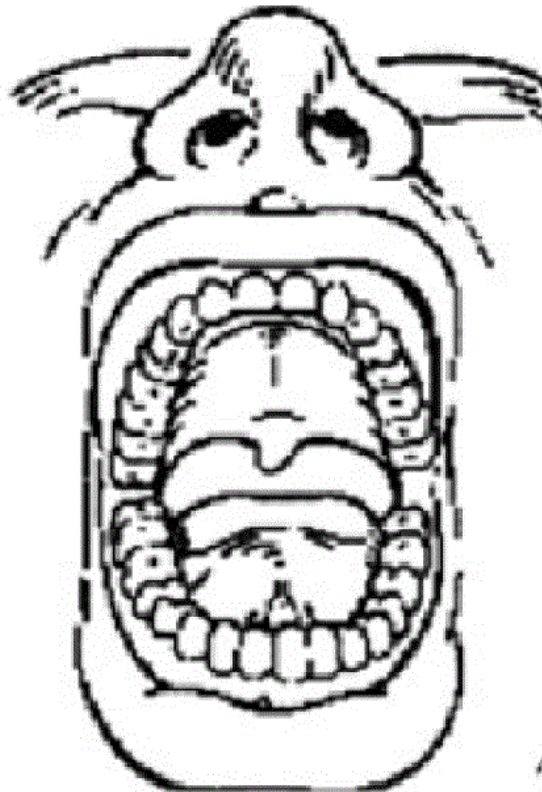
En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física Si No

¿Cuál?

En niños y niñas describa tipo de dentición

fase inicial media completa



Tórax

Presenta lesiones Si No N/A

En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física Si No

¿Cuál?

Mamas

Presenta lesiones Si No N/A

En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física Si No ¿Cuál?

Niña: Tanner Grado Niño: Describa

En niñas y niños describa caracteres sexuales secundarios (Tanner)

Abdomen

Presenta lesiones Si No N/A

En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física Si No ¿Cuál?

Signos de embarazo Si No Describa

Espalda

Presenta lesiones Si No N/A

En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física Si No ¿Cuál?

Región Glútea

Presenta lesiones Si No N/A

En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física Si No ¿Cuál?

Extremidades

Axilas Presenta lesiones Si No N/A

En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física Si No ¿Cuál?

Miembros superiores Presenta lesiones Si No N/A

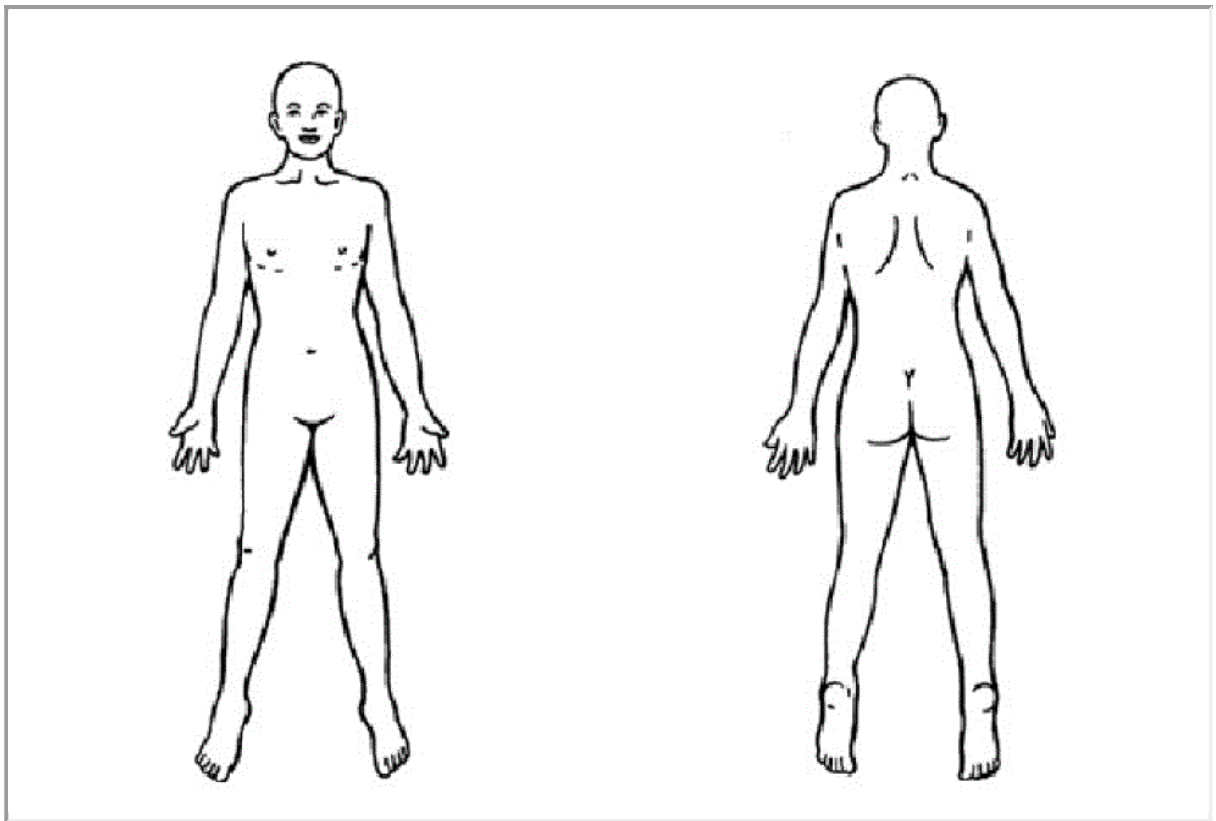
En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física Si No ¿Cuál?

Miembros inferiores Presenta lesiones Si No N/A

En caso afirmativo describa

Se recolecta evidencia física Si No ¿Cuál?



Examen genital: establecer la presencia (o ausencia) de lesiones; recuperar evidencia traza a este nivel, evaluar caracteres sexuales secundarios en caso de niños y niñas según Tanner; valorar signos clínicos de embarazo y/o infección de transmisión sexual.

Genitales externos femeninos: Desarrollo: Tanner

Posición para el examen Supina Prona Lateral Otra

¿Cuál?

Región púbica- vello púbico según Tanner

Labios mayores

Horquilla vulvar

Clítoris

Meato urinario:



Vagina

Periné

Región inguinal

Himen (forma, integridad, elasticidad)

Forma del himen

Anular Labiado Semilunar Fimbriado

Imperforado Cribiforme Tabicado Carúnculas Mirtiformes

Estado del himen

Integro no elástico Integro elástico

Escotaduras Desgarro reciente Desgarro antiguo

Descripción bordes y desgarros himineales (utilizar nomenclatura manecillas del reloj):

Toma de muestras Si No Describa

Genitales externos masculinos Desarrollo; Tanner

Bolsa escrotal (bilateralmente)

Testículos según Tanner

Pene y prepucio

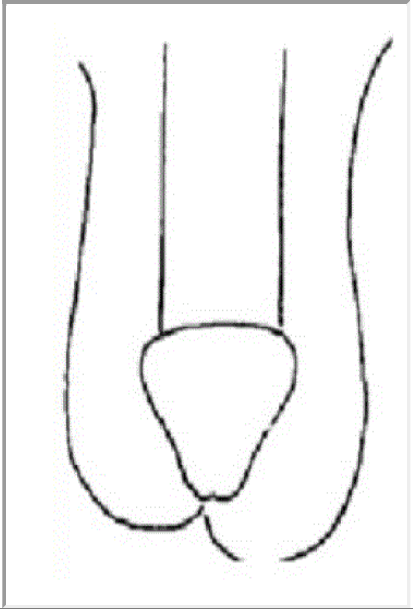
Frenillo

Surco balanoprepucio:

Glande

Meato urinario

Toma de muestras Si No Describa



Examen anal y perianal

Posición para el examen: Supina Genupectoral Lateral Otra

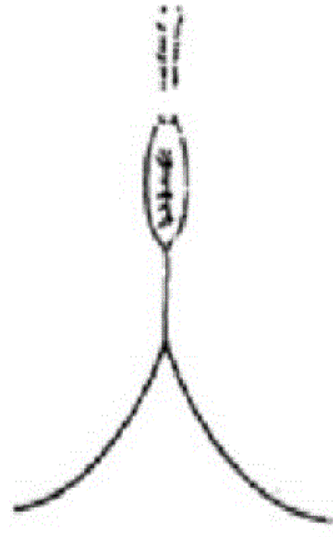
¿Cual?

Forma: Oval Circular Tono: Normal Hipotónico

Descripción de fisuras, edema, borramiento de pliegues, desgarros, lesiones:

Toma de muestras: Si No

En caso afirmativo describa



5.3 Valoración de embriaguez por alcohol y otras sustancias

Se realiza examen clínico para determinar embriaguez Si No

Olores asociados Aliento alcohólico negativo discreto evidente dudoso Otros (describa)

Sensorio

Estado de conciencia

Orientación

Atención

Memoria

Lenguaje Disartria: Negativa Discreta Evidente Otras Alteraciones Si No

¿Cuáles?

Ojos: Congestión conjuntival Si hay No hay

Pupilas: Isocóricasmíóticas Midriáticas Ddiámetro normal Anisocóricas

Observaciones o comentarios:

Estudios solicitado

Alcoholemia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Toxicológico en sangre	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Toxicológico en Orina	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Contenido gástrico	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Contenido vaginal,vulval y perivulvar	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Contenido rectal	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Contenido bucal	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Contenido genital masculino	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Estudio de ITS por PCR	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
BHCG para diag nóstico de embarazo	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Estudio de manchas en ropas	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Muestra lecho ungueal	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Recolección de vello púbico	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Recolección de material extraño	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>

Toma muestra basal VIH	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Muestra basal VDRL	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Muestra basal antígeno de superficie Hépatitis B	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	NUE: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>
Proxilaxis ITS (Esquema indicado):	<input type="text"/>		
Profilaxis VIH (Esquema indicado):	<input type="text"/>		
Derivación para profilaxis (inmunización)			
Cuál?	Vacuna VPH	<input type="text"/>	
	Vacuna Hepatitis B	<input type="text"/>	
Anticoncepción de emergencia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>	

D. DOCUMENTACIÓN DE HALLAZGOS	
Fotografías:	<input type="text"/>
Diagramas:	<input type="text"/>
Radiografías:	<input type="text"/>
Ecografías:	<input type="text"/>
Otros:	<input type="text"/>

E. MUESTRAS Y ELEMENTOS PARA ESTUDIO
Diligenciar adecuadamente de la cadena en custodia de las evidencias y muestras recolectadas.

F. INTERCONSULTAS

G. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES

H. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	
1. Interconsulta:	<input type="text"/>
2. Solicitud de medida cautelar:	<input type="text"/>
3. Otras recomendaciones:	

I. NOMBRE, RUT, FIRMA, CODIGO DEL MEDICO QUE REALIXA EL EXAMEN

Nombre

Firma

Rut

codigo

J. INFORME
(Denuncia)

1. Informe a Fiscalía

Si No

Nombre de quien recibe la información
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Rut Teléfono

Reportado por (Nombre)
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha Hora

2. Policía o autoridad que solicita el examen médico forense

Si No

Nombre del funcionario
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Rut

Institución Teléfono de contacto

Fecha Hora

Número de parte (si se cuenta con él)

3. Otro ¿Cuál? Describa