

## INFORME MÉDICO DE LESIONES EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS

En.....lugar o establecimiento....., Región ..... de Chile, a **XX de XX del año 2019**, siendo las **XX:00 horas**. Se procede a recibir los antecedentes y examinar a:

### 1.- IDENTIFICACION DEL PACIENTE

<b>Nombre Legal:</b>	<b>Nombre Social:</b>	<b>Nacionalidad:</b>
<b>RUT:</b>	<b>Fecha nacimiento:</b>	<b>Edad: a</b>
<b>Grado de Estudios:</b>	<b>Profesión u Oficio:</b>	<b>Pertenece Alguna Etnia:</b>
<b>Sexo Asignado al Nacer: F_ M X</b>	<b>Orientación sexual:</b>	<b>Identidad de Género:</b>

### 2.- ANTECEDENTES MÓRBIDOS RELEVANTES:

El paciente refiere:

✓

### 3.- METODO DEL DIAGNOSTICO

<input type="checkbox"/> Examen físico	<input type="checkbox"/> imagenología	<input type="checkbox"/> exámenes	<input type="checkbox"/> otros: Historia clínica
--	---------------------------------------	-----------------------------------	--

### 4.- RELATO DEL PACIENTE

El paciente refiere: (fecha, lugar de ocurrencia, institución que agrede, agresiones sufridas, donde constato lesiones previamente, fue atendido con un funcionario policial dentro del box, tuvo acceso al abogado o familiares).etc..

### 5.- ¿CONSIDERA USTED, QUE ESTOS DAÑOS HAN SIDO PROVOCADOS EN RELACION A SER DISCRIMINADO POR ALGUNA DE ESTAS CAUSAS?: (PREGUNTA DIRECTA AL PACIENTE)

<input type="checkbox"/> Genero	<input type="checkbox"/> Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Estrato social	<input type="checkbox"/> Ideología
<input type="checkbox"/> Apariencia física	<input type="checkbox"/> Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Religión o credo
<input type="checkbox"/> Condición económica	<input type="checkbox"/> Otro: me confundieron con otra persona.	

### 6.- DIAGNÓSTICO CLINICO DE LAS LESIONES Y BREVE DESCRIPCION

Examen mental breve:

Examen Físico: (describir detalladamente la ubicación y tipo de lesiones que presenta el paciente)

Diagnósticos:

**7.-PRINCIPALES INDICACIONES Y DERIVACIONES QUE REQUIERE\_(Interconsultas):**

**8.- ACOMPAÑADO:**

SI       NO  
 Pariente: \_\_\_\_\_  otro

**9.- EVIDENCIA RECOGIDA:**  SI       NO

Fotografía:  si       no      Filmación :  si       no      Otra: **(se adjunta en anexos)**

**10.- IDENTIFICACION DEL EQUIPO CONSTATADOR**

\_\_\_\_\_ firma y timbre \_\_\_\_\_

Dr.  
RUT: /RCM

\_\_\_\_\_ firma y timbre \_\_\_\_\_

Ps.  
RUT:

ANEXOS

**A.- Fotografía tomada por el médico el día del presente peritaje:**

**B.- Dato de atención de urgencia N°**

**B.-Fotografías aportadas por el paciente**