



Departamento de Derechos Humanos  
Colegio Médico de Chile

# Curso

## Elaboración de Informe Médico de Lesiones en el Marco de los Derechos Humanos

### CAPSULA N° 4

## “Consentimiento Informado y Estructura del Informe Médico de Lesiones”

Dra. Ana Toro C.  
Miembro Departamento Derechos Humanos  
COLMED  
A.P Rosa Villa Fernández,  
Miembro Adjunto del Departamento Derechos  
Humanos COLMED.



## Qué documentos incluye un Informe Médico de Lesiones en el marco de los Derechos Humanos:

- Solicitud de atención y consentimiento informado
- Informe médico de lesiones en el marco de los derechos humanos
- Otros antecedentes aportados por el paciente



## Importancia del informe medico de lesiones en el marco de los DDHH

- .- Es un acto juridico de la medicina legal y de Derechos Humanos
- .- Es es un documento que se constituye en sí mismo en un registro válido.
- .- Es un elemento esencial si se judicializa la vulneración de derechos humanos



Departamento de Derechos Humanos  
Colegio Médico de Chile

# Resguardos necesarios a tener presente



Formalización de la  
solicitud de atención del  
paciente

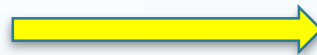


Expresión de la voluntad  
del paciente

Uso de la  
información



Quién recibe  
el informe



Firmas de las partes



**SOLICITUD DE ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO  
PARA REGISTRO DE IMÁGENES Y USO DE INFORMACION**

Solicito al Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico de Chile, efectúe una evaluación de mi condición de salud y/o constate mis lesiones, o de mi representado, en el marco de los Derechos Humanos, aplicando las normas y protocolos correspondientes a mi situación y caso.

En \_\_\_\_\_ de Chile, a las \_\_\_\_\_ Hrs.  
Con fecha, \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Cédula de identidad o pasaporte N° \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

a. Autorizo al Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico de Chile a:

- Autorizo a acceder y copiar los antecedentes clínicos de mi ficha, exámenes bioquímicos y de imágenes disponibles. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Autorizo dar a conocer mi identidad en fotografía y/o video SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Autorizo dar a conocer mi identidad en informe SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Autorizo el uso de mi información para análisis, estudios y publicaciones en el marco de los DD.HH. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Autorizo el uso de mi información para difusión en medios de comunicación. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b. Solicito al Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico de Chile, entregar copia del informe final de esta evaluación a la o las siguientes personas o instituciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre paciente

Firma

Nombre de Médico Certificador

Timbre y Firma



**SOLICITUD DE ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO  
PARA REGISTRO DE IMÁGENES Y USO DE INFORMACION**

Solicito al Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico de Chile, efectúe una evaluación de mi condición de salud y/o constate mis lesiones, o de mi representado, en el marco de los Derechos Humanos, aplicando las normas y protocolos correspondientes a mi situación y caso.

En \_\_\_\_\_ de Chile, a las \_\_\_\_\_ Hrs.  
Con fecha, \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Cédula de identidad o pasaporte N° \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

a. Autorizo al Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico de Chile a:

- Autorizo a acceder y copiar los antecedentes clínicos de mi ficha, SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
exámenes bioquímicos y de imágenes disponibles.
- Autorizo dar a conocer mi identidad en fotografía y/o video SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Autorizo dar a conocer mi identidad en informes SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Autorizo el uso de mi información para análisis, SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
estudios y publicaciones en el marco de los DD.HH.
- Autorizo el uso de mi información para difusión en SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
medios de comunicación.

b. Solicito al Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico de Chile, entregar copia del informe final de esta evaluación a la o las siguientes personas o instituciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre de Médico Certificador

\_\_\_\_\_  
Timbre y Firma

Formalización de la  
solicitud e  
Individualización del  
paciente



Expresión de la voluntad  
del paciente

Uso de la  
información



Quién recibe  
el informe



Firmas de las partes



**PRINCIPIO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA DE LA INFORMACION**



Antes de dar inicio a la evaluación médica de lesiones es necesario verificar:

1. Que el solicitante de la atención (paciente mayor de edad o tutor legal, padre o madre en el caso de menor de edad), haya respondido cada una de las preguntas que contiene el formulario
2. Que la letra sea legible
3. Que no existan enmendaduras
4. Que precise con absoluta claridad a QUIÉN SE REMITE O ENTREGA EL INFORME (NOMBRE Y CORREO ELECTRONICO)
5. Que esté debidamente firmado



## Documentos de un Informe Médico de Lesiones en el marco de los Derechos Humanos:

- Solicitud de atención y consentimiento informado
- Informe médico de lesiones en el marco de los derechos humanos
- Otros antecedentes aportados por el paciente





El perito debe completar el formulario (en su computador) teniendo a la vista la cedula de identidad del paciente



Colegio Médico de Chile  
Departamento de Derechos Humanos

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

En calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, Región \_\_\_\_\_ de Chile, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ hrs.. Se procede a recibir los antecedentes, entrevistar y examinar a:

#### 1.- IDENTIFICACION DEL PACIENTE

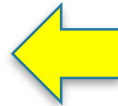
Nombre Legal:	Nombre Social:	Nacionalidad:
RUT:	Fecha nacimiento:	Edad:
Grado de Estudios:	Profesión u Oficio:	Pertenece Alguna Etnia:
Sexo Asignado al Nacer: F__ M__	Orientación sexual: (opcional)	Identidad de Género: (opcional)



## 2.-ANTECEDENTES MÓRBIDOS RELEVANTES:

- Antecedentes Mórbidos:

- Otros antecedentes:



Tales como: historia familiar de vulneración de derechos humanos (prais),  
Otras vulneraciones de ddhh anteriormente

## 3.- METODO DEL DIAGNOSTICO

___ Examen físico	___ imagenología	___ exámenes	___ otros:
-------------------	------------------	--------------	------------

## 4.- RELATO DEL PACIENTE

Paciente refiere:

“ El (día, mes y año), a las \_\_\_ hrs, me encontraba en la calle\_\_\_, participando de...”

5.- ¿CONSIDERA USTED, QUE ESTOS DAÑOS HAN SIDO PROVOCADOS EN RELACION A SER DISCRIMINADO POR ALGUNA DE ESTAS CAUSAS?:

___ Genero	___ Orientación Sexual	___ Edad
___ Raza	___ Estrato social	___ Ideología
___ Apariencia física	___ Nacionalidad	___ Religión o credo
___ Condición económica	___ Otro:	



## 6.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS LESIONES Y BREVE DESCRIPCIÓN

Examen mental:

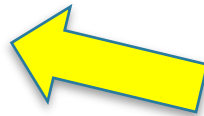
Examen Físico:

Diagnóstico Clínico:

## 7.- CONCORDANTE CON LA DEFINICIÓN DE TRATOS CRUELES, INHUMANOS Y DEGRADANTES:

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

- Fundamentación:



**MUY IMPORTANTE**

## 8.- ACOMPAÑADO:

\_\_SI \_\_NO \_Pariente: \_\_\_\_ \_otro: \_\_\_\_

## 9.- EVIDENCIA RECOGIDA: \_\_SI \_\_\_\_NO

Fotografía: \_\_SI \_\_NO Filmación: \_\_SI \_\_\_\_NO Otra: \_\_\_\_



## 10.- IDENTIFICACION DEL EQUIPO CONSTATADOR

---

Dr.  
RUT:                   /RCM  
Miembro Dpto. de DD.HH.  
Colegio Médico de Chile

---

(nombre del profesional)  
RUT:  
Miembro Adjunto Dpto. de DD.HH.  
Colegio Médico de Chile



## 11.- ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado de (nombre completo del paciente)

ANEXO 2: Fotografía tomada por el médico el día del presente peritaje:

ANEXO 3: Dato de atención de urgencia N° ...

ANEXO 4: Fotografías proporcionadas por (nombre completo del paciente)

ANEXO 5: Otros documentos aportados por (nombre completo del paciente)

Toda información  
aportada por el  
paciente debe ser  
revisada,  
seleccionada y  
escaneada para  
formar parte integra  
del informe.



## ¿Cómo se entrega el informe al paciente?

“Solo se remite o entrega a quién el paciente precisa en su consentimiento informado”

Alternativa 1: impreso en sobre cerrado y contra nomina firmada de recepcion exhibiendo cédula de identidad

Alternativa 2: se remite firmado digitalmente, en formato pdf e idealmente desde un correo institucional (ej. [derechoshumanos@colegiomedico.cl](mailto:derechoshumanos@colegiomedico.cl))



Departamento de Derechos Humanos  
Colegio Médico de Chile

POR SU ATENCION MIL GRACIAS