



REGISTRO OFICIAL®

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Lcdo. Lenín Moreno Garcés
Presidente Constitucional de la República

EDICIÓN ESPECIAL

Año II - Nº 681

**Quito, martes 18 de
diciembre de 2018**

Valor: US\$ 2,50 + IVA



CONSEJO DE LA JUDICATURA

RESOLUCIÓN No. 108A-2018

**APRUÉBENSE LOS
FORMULARIOS MÉDICO
FORENSES Y LA GUÍA
PARA EL LLENADO DE
FORMATOS MÉDICOS
LEGALES DEL SERVICIO
NACIONAL DE MEDICINA
LEGAL Y CIENCIAS
FORENSES DEL SISTEMA
ESPECIALIZADO
INTEGRAL DE
INVESTIGACIÓN,
MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES**

ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR

Quito: Calle Mañosca 201
y Av. 10 de Agosto

Oficinas centrales y ventas:
Telf.: 3941-800
Exts.: 2301 - 2305

Sucursal Guayaquil:
Av. 9 de Octubre Nº 1616 y Av. Del Ejército
esquina, Edificio del Colegio de
Abogados del Guayas, primer piso.
Telf.: 3941-800 Ext.: 2310

Suscripción anual:
US\$ 400 + IVA para la ciudad de Quito
US\$ 450 + IVA para el resto del país

Impreso en Editora Nacional

64 páginas

www.registroficial.gob.ec

**Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895**



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR

RESOLUCIÓN 108A-2018

EL PLENO DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA

CONSIDERANDO:

- Que** el artículo 178 de la Constitución de la República del Ecuador, establece: *“El Consejo de la Judicatura es el órgano de gobierno, administración, vigilancia y disciplina de la Función Judicial...”*;
- Que** el numeral 1 del artículo 154 de la Constitución de la República del Ecuador, determina: *“A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión...”*;
- Que** el artículo 163 de la Constitución de la República del Ecuador, prescribe: *“La Policía Nacional es una institución estatal de carácter civil, armada, técnica, jerarquizada, disciplinada, profesional y altamente especializada, cuya misión es atender la seguridad ciudadana y el orden público, y proteger el libre ejercicio de los derechos y la seguridad de las personas dentro del territorio nacional.”*;
- Que** el numeral 2 del artículo 168 de la Constitución de la República del Ecuador, establece: *“La administración de justicia, en el cumplimiento de sus deberes y en el ejercicio de sus atribuciones, aplicará los siguientes principios: (...) 2. La Función Judicial gozará de autonomía administrativa, económica y financiera.”*;
- Que** el artículo 177 de la Constitución de la República del Ecuador, contempla: *“La Función Judicial se compone de órganos jurisdiccionales, órganos administrativos, órganos auxiliares y órganos autónomos. La ley determinará su estructura, funciones, atribuciones, competencias y todo lo necesario para la adecuada administración de justicia.”*;
- Que** los numerales 1 y 5 del artículo 181 de la Constitución de la República del Ecuador, disponen: *“Serán funciones del Consejo de la Judicatura, además de las que determine la ley: 1. Definir y ejecutar las políticas para el mejoramiento y modernización del sistema judicial; (...) y, 5. Velar por la transparencia y eficiencia de la Función Judicial. Las decisiones del Consejo de la Judicatura se tomarán por mayoría simple.”*;
- Que** el artículo 195 Constitución de la República del Ecuador, dispone: *“... Para cumplir sus funciones, la Fiscalía organizará y dirigirá un sistema especializado integral de investigación, de medicina legal y ciencias forenses, que incluirá un personal de investigación civil y policial; dirigirá el sistema de protección y asistencia a víctimas, testigos y participantes en el*

proceso penal; y, cumplirá con las demás atribuciones establecidas en la ley.”;

Que el artículo 254 del Código Orgánico de la Función Judicial, expresa: *“El Consejo de la Judicatura es el órgano único de gobierno, administración, vigilancia y disciplina de la Función Judicial...”;*

Que el numeral 10 del artículo 264 del Código Orgánico de la Función Judicial, disponen que al Pleno del Consejo de la Judicatura le corresponde: *“...10. Expedir (...) reglamentos, manuales, instructivos o resoluciones de régimen interno, con sujeción a la Constitución y la ley, para la organización, funcionamiento, responsabilidades, control y régimen disciplinario; particularmente para velar por la transparencia y eficiencia de la Función Judicial...”;*

Que mediante sesión de 28 de enero de 2014, la Asamblea Nacional del Ecuador, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 180, de 10 de febrero de 2014, aprobó el: *“CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL”;* y, en el Título III, CAPÍTULO TERCERO, SECCIÓN SEGUNDA, trata sobre el: *“Sistema especializado integral de investigación, de medicina legal y ciencias forenses”;*

Que el artículo 448 del Código Orgánico Integral Penal, prescribe: *“En materia preprocesal y procesal penal, la Fiscalía organizará y dirigirá el Sistema especializado integral de investigación, de medicina legal y ciencias forenses que prestará servicios especializados de apoyo técnico y científico a la administración de justicia.*

El Sistema contará con el apoyo del organismo especializado de la Policía Nacional y personal civil de investigación, quienes llevarán a cabo las diligencias necesarias para cumplir los fines previstos en este Código, ejecutarán sus tareas bajo la dirección de la Fiscalía y dependerán administrativamente del ministerio del ramo.”;

Que el artículo 1 del Decreto Ejecutivo No. 632, de 17 de enero de 2011, publicado en el Registro Oficial No. 372, de 27 de enero de 2011, establece: *“Reorganícese la Policía Nacional, disponiendo que la representación legal, judicial y extrajudicial de la Policía Nacional, sea asumida por el Ministerio del Interior, quien a su vez podrá delegar dichas atribuciones de conformidad con la ley.”;*

Que mediante Decreto Ejecutivo No. 759, de 27 de agosto de 2015, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 585, de 11 de septiembre de 2015, establece: *“EXPEDIR EL REGLAMENTO DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN DEL SISTEMA ESPECIALIZADO*

INTEGRAL DE INVESTIGACIÓN, MEDICINAL LEGAL Y CIENCIAS FORENSES”;

- Que** mediante sesión de 13 de junio de 2017, la Asamblea Nacional del Ecuador, aprobó el: “CÓDIGO ORGÁNICO DE LAS ENTIDADES DE SEGURIDAD CIUDADANA Y ORDEN PÚBLICO”, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 19, de 21 de junio de 2017;
- Que** mediante Memorando CJ-DNGP-2018-2820-M, de 22 de agosto de 2018, suscrito por la Dirección Nacional de Gestión Procesal, pone en conocimiento de la Dirección Nacional de Asesoría Jurídica, los documentos definitivos, referente a los: “*formularios médico-forenses del Servicio Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Sistema Especializado Integral de Investigación*”;
- Que** el Pleno del Consejo de la Judicatura conoció el Memorando CJ-DG-2018-2937-M, de 29 de agosto de 2018, suscrito por la Dirección General, quien remite el Memorando circular CJ-DNJ-2018-0161-MC, de 24 de agosto de 2018, suscrito por la Dirección Nacional de Asesoría Jurídica, que contiene el proyecto de resolución para: “*APROBAR LOS FORMULARIOS MÉDICO FORENSES DEL SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DEL SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACIÓN, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES*”;
- Que** el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social Transitorio con base en sus competencias derivadas del mandato que le confió el pueblo ecuatoriano en la Consulta Popular de 4 de febrero de 2018, mediante Resolución PLE-CPCCS-T-E-048-14-06-2018, de 14 de junio de 2018, resolvió designar a los señores y señoras: doctor Marcelo Merlo Jaramillo, abogada Zobeida Aragundi, doctor Aquiles Rigail, doctora Angélica Porras y doctor Juan Pablo Albán como vocales encargados del Consejo de la Judicatura, será presidido por el doctor Marcelo Merlo Jaramillo; y,

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, por unanimidad de los presentes,

RESUELVE:

APROBAR LOS FORMULARIOS MÉDICO FORENSES Y LA GUÍA PARA EL LLENADO DE FORMATOS MÉDICOS LEGALES DEL SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DEL SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACIÓN, MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Artículo Único.- Aprobar los Formularios Médico Forenses siguientes:

1. Consentimiento informado otorgado por un familiar a favor de niñas o niños o personas impedidas de otorgarlo;

2. Consentimiento informado para víctimas entre 12 y 18 años;
3. Consentimiento informado para víctimas mayores a 18 años;
4. Informe forense en infracciones de violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar;
5. Formato de informe forense en delitos contra la integridad sexual;
6. Informe forense de lesiones; y,
7. Guía para el llenado de formatos médicos legales.


Remitidos al Consejo de la Judicatura por la Fiscalía General del Estado, quien preside el Órgano de Gobierno del Sistema Especializado Integral de Investigación, Medicina Legal y Ciencias Forenses, incorporados como anexos que forman parte de la presente resolución.

DISPOSICIONES FINALES


PRIMERA.- La ejecución de esta resolución estará a cargo en el ámbito de sus competencias de la Dirección General; la Dirección Nacional de Gestión Procesal; la Escuela de la Función Judicial; la Dirección Nacional de Acceso a los Servicios de Justicia y, las Direcciones Provinciales del Consejo de la Judicatura en coordinación con la Fiscalía General del Estado.

SEGUNDA.- Esta resolución entrará en vigencia a partir de su aprobación, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Dada en el Distrito Metropolitano de Quito, en la sala de sesiones del Pleno del Consejo de la Judicatura, veintiuno de noviembre de dos mil dieciocho.


Dr. Marcelo Merlo Jaramillo
Presidente


Ab. Zobeida Aragundi Foyain
Vocal del Consejo de la Judicatura


Dr. Aquiles Rigall Santistevan
Vocal del Consejo de la Judicatura

CERTIFICO: que el Pleno del Consejo de la Judicatura, aprobó esta resolución el veintiuno de noviembre de dos mil dieciocho.


Ab. Jéssica Priscila Yungaicela Jiménez Mgs.
Secretaria General



Servicio Nacional
de Medicina Legal
y Ciencias Forenses

ANEXO 1

SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION,
MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES



SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR UN FAMILIAR A FAVOR DE NIÑAS O NIÑOS; O PERSONAS IMPEDIDAS DE OTORGARLO

Número de Informe Pericial N° ____

DATOS GENERALES:					
Fecha	Año:	Mes:	Día:	Hora (en formato de 24 horas)	
DATOS DE LA AUTORIDAD SOLICITANTE:					
Nombre y cargo de la autoridad que solicita:			Contacto:		
Examen médico legal integral <input type="checkbox"/>			Examen médico legal complementario <input type="checkbox"/>		
			Determinación de incapacidad <input type="checkbox"/>		
			Toma de muestras <input type="checkbox"/>		
			Otros, especifique:		
¿Cuáles son las circunstancias por las que la víctima no está en condiciones de presentar su consentimiento? (En caso de ser adolescente o mayor de edad)					
NOMBRE COMPLETO DE LA VÍCTIMA					
Nombres y Apellidos:					
Documento de identidad		Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:	
Sexo:	H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	Género:	Idioma o lengua:		
Idioma/lengua y Comunidad, pueblo o nacionalidad:			Idioma extranjero: Inglés: <input type="checkbox"/> Francés: <input type="checkbox"/> Portugués: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>		¿Quién prestó los servicios de traducción?:
¿Requiere la presencia de un(a) persona que realice traducción? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			¿Requiere la presencia de un(a) persona que realice traducción? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
¿Es una persona con discapacidad?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Observación:	¿Tiene carnet que acredite la discapacidad?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Tipo de Discapacidad: Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Discapacidad evidente, especifique:	
¿Se encuentra en situación de movilidad humana?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Tiene alergias?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Especifique:		
¿Por este hecho de violencia motivo de esta denuncia/investigación, fue sometida(o) a un examen o reconocimiento médico legal previo?					Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO					
A los... días del mes de... del... Yo, (nombres completos)....., identificada(o) con el documento número, una vez informada(o) sobre la importancia de los procedimientos de pericia forense que se van a realizar para la investigación; otorgo de manera libre, voluntaria y sin coacción alguna el consentimiento para cada uno de los siguientes puntos:					
1. La realización del examen físico. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
2. La realización del examen ginecológico. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
3. La realización del examen proctológico. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
4. Obtención de fluidos corporales o muestras biológicas y la realización de los exámenes forenses complementarios pertinentes. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
5. Administración del tratamiento de anticoncepción oral de emergencia (si aplica). SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
6. Tratamiento profiláctico y antiretrovirales, ITS, VIH (si aplica). SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
7. El retiro de prendas de vestir para investigación forense (si aplica) SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
8. Toma de fotografías o registros visuales, por parte de una tercera persona parte del Sistema, para realizar el registro y documentación del procedimiento bajo los principios de confidencialidad y reserva. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
NOMBRE DE QUIÉN OTORGA EL CONSENTIMIENTO:			<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>		
FIRMA:					
CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE:			HUELLA PULGAR DERECHO		

Nombre del perito: Correo electrónico:	Número de cédula: Número de acreditación:
Firma	
Razón: Familiar o representante de la víctima no prestó su consentimiento libre, voluntario e informado para la realización de los procedimientos forenses.	
Nombre de la víctima	
Firma: Documento de identidad:	
Nombre del perito o profesional de la salud: Correo electrónico:	Número de cédula: Número de acreditación:
Firma	

Nota: se trata de un documento de circulación restringida y de absoluta reserva conforme la Ley.

Anexo: Para conocimiento del perito/a

Comunidad, pueblo o nacionalidad con el que se identifica a la víctima al momento de la pericia

NACIONALIDAD	IDIOMA
Nacionalidad Tsáchila	Idioma Tsafiki
Nacionalidad Awá	Idioma Awapit
Nacionalidad Epera	Idioma Epera Pedede
Nacionalidad Chachi	Idioma Cha'palaa
Nacionalidad Kichwa	Idioma Kichwa
Nacionalidad Shuar	Idioma Shuar Chicham
Nacionalidad Achuar	Idioma Achuar
Nacionalidad Snekopai	Idioma Paicoca
Nacional Siona	Idioma Balcoca
Nacionalidad Cofán	Idioma A'ingae
Nacionalidad Záparo	Idioma Záparo (Kayapi)
Nacionalidad Waorani	Idioma Waotodedo

Razón: Siento por tal que el anexo 1 que antecede forma parte integrante de la Resolución 108A-2018, expedida por el Pleno del Consejo de la Judicatura, el veintiuno de noviembre de dos mil dieciocho.

Abg. Jéssica Priscila Yungaicela Jiménez Mgs.
Secretaria General del Consejo de la Judicatura



Servicio Nacional
de Medicina Legal
y Ciencias Forenses

ANEXO 2

SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION,
MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES



SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VÍCTIMAS ENTRE 12 Y 18 AÑOS

Número de Informe Pericial N° _____

DATOS GENERALES:					
Fecha:	Año:	Mes:	Día:	Hora (en formato de 24 horas)	
DATOS DE LA AUTORIDAD SOLICITANTE:					
Nombre y cargo de la autoridad que solicita:			Contacto:		
Examen médico legal integral <input type="checkbox"/>			Examen médico legal complementario <input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad <input type="checkbox"/> Toma de muestras <input type="checkbox"/> Otros, especifique:		
NOMBRE COMPLETO DE LA O EL ADOLESCENTE A QUIEN SE LE REALIZARÁN LOS PROCEDIMIENTOS FORENSES					
Nombres y Apellidos:					
Documento de identidad		Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:	
Sexo:	H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	Género:	Idioma o lengua:		
Idioma/lengua y Comunidad, pueblo o nacionalidad:		Idioma extranjero: Inglés: <input type="checkbox"/> Francés: <input type="checkbox"/> Portugués: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>		¿Quién prestó los servicios de traducción?:	
¿Requiere la presencia de un(a) persona que realice traducción? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		¿Requiere la presencia de un(a) persona que realice traducción? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		¿Tiene carnet que acredite la discapacidad? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	
¿Es una persona con discapacidad?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Observación:	Tipo de Discapacidad: Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Discapacidad evidente, especifique:			
¿Se encuentra en situación de movilidad humana?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Tipo de alergias?		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Especifique:	
¿Por este hecho de violencia motivo de esta denuncia/investigación, fue sometida(o) a un examen o reconocimiento médico legal previo?					Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO					
A los... días del mes de... del , Yo, (nombres completos)....., identificada(o) con el documento número una vez informada(o) sobre la importancia de los procedimientos de pericia forense que se van a realizar para la investigación; otorgo de manera libre, voluntaria y sin coacción alguna el consentimiento para cada uno de los siguientes puntos:					
1. La asistencia de un acompañante durante el procedimiento. Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> Nombre completo del acompañante: _____ Documento de identidad: _____ Relación con el /la adolescente: _____					
2. La realización del examen físico. Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
3. La realización del examen ginecológico. Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
4. La realización del examen proctológico. Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
5. Obtención de fluidos corporales o muestras biológicas y la realización de los exámenes forenses complementarios pertinentes. Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
6. Administración del tratamiento de anticoncepción oral de emergencia (si aplica). Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
7. Tratamiento profiláctico y antiretrovirales, ITS, VIH (si aplica). Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
8. El retiro de prendas de vestir para investigación forense (si aplica). Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
9. Toma de fotografías o registros visuales, por parte de una tercera persona parte del Sistema, para realizar el registro y documentación del procedimiento bajo los principios de confidencialidad y reserva. Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
NOMBRE:					
FIRMA:					
CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE:					
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:					
FIRMA:					
CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE:					

HUELLA DEL PULGAR DERECHO

Nombre del perito: Correo electrónico:	Número de cédula: Número de acreditación:
Firma	
Razón: la víctima no prestó su consentimiento libre, voluntario e informado para la realización de los procedimientos forenses.	
Nombre de la víctima:	
Firma	
Documento de identidad:	
Nombre del perito: Correo electrónico:	Número de cédula: Número de acreditación:
Firma	

Nota: se trata de un documento de circulación restringida y de absoluta reserva conforme la Ley.

Anexo: Para conocimiento del perito/a

Comunidad, pueblo o nacionalidad con el que se identifica a la víctima al momento de la pericia

NACIONALIDAD	IDIOMA
Nacionalidad Tsáchila	Idioma Tsafiqui
Nacionalidad Awá	Idioma Awapit
Nacionalidad Epera	Idioma Epera Pedede
Nacionalidad Chachi	Idioma Cha'palaa
Nacionalidad Kichwa	Idioma Kichwa
Nacionalidad Shuar	Idioma Shuar Chicham
Nacionalidad Achuar.	Idioma Achuar
Nacionalidad Ssekopai.	Idioma Paicoca
Nacional Siona	Idioma Baicoca
Nacionalidad Cofán	Idioma A'ingae
Nacionalidad Záparo	Idioma Záparo (Kayapi)
Nacionalidad Waorani.	Idioma Waotededo

Información guía en el reverso del formato

Comunidad, pueblo o nacionalidad con el que se identifica la víctima al momento de la pericia

Nacionalidad Tsáchila. Idioma Tsafiki
 Nacionalidad Awá. Idioma Awapit
 Nacionalidad Epera. Idioma Epera Pedede
 Nacionalidad Chachi. Idioma Cha'palaa
 Nacionalidad Kichwa. Idioma Kichwa
 Nacionalidad Shuar. Idioma Shuar Chicham
 Nacionalidad Achuar. Idioma Achuar
 Nacionalidad Snekopal. Idioma Paicoca
 Nacional Siona. Idioma Baicoca
 Nacionalidad Cofán. Idioma A'ingae
 Nacionalidad Záparo. Idioma Záparo (Kayapi)
 Nacionalidad Waorani. Idioma Waotodedo

Razón: Siento por tal que el anexo 2 que antecede forma parte integrante de la Resolución 108A-2018, expedida por el Pleno del Consejo de la Judicatura, el veintiuno de noviembre de dos mil dieciocho.

Abg. Jessica Priscila Yungaicela Jiménez Mgs.
Secretaria General del Consejo de la Judicatura



Servicio Nacional
de Medicina Legal
y Ciencias Forenses

ANEXO 3

SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION,
MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES



SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
CONSENTIMIENTO INFORMADO VÍCTIMAS MAYORES A 18 AÑOS

Número de Informe Pericial N° _____

DATOS GENERALES:					
Fecha	Año:	Mes:	Día:	Hora (en formato de 24 horas)	
DATOS DE LA AUTORIDAD SOLICITANTE:					
Nombre y cargo de la autoridad que solicita:				Contacto:	
Examen médico legal integral <input type="checkbox"/>			Examen médico legal complementario <input type="checkbox"/>		
			Determinación de incapacidad <input type="checkbox"/>		
			Toma de muestras <input type="checkbox"/>		
			Otros, especifique:		
NOMBRE COMPLETO DE LA VÍCTIMA A QUIEN SE LE REALIZARÁN LOS PROCEDIMIENTOS FORENSES					
Nombres y Apellidos:					
Documento de identidad			Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:
Sexo:	H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	Género:	Idioma o lengua:		
Idioma/lengua y Comunidad, pueblo o nacionalidad:			Idioma extranjero: Inglés: <input type="checkbox"/> Francés: <input type="checkbox"/> Portugués: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>		¿Quién prestó los servicios de traducción?:
¿Requiere la presencia de un(a) persona que realice traducción? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			¿Requiere la presencia de un(a) persona que realice traducción? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
¿Es una persona con discapacidad?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Observación:	¿Tiene carnet que acredite la discapacidad?		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Tipo de Discapacidad: Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Discapacidad evidente, especifique:
¿Se encuentra en situación de movilidad humana?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Tiene alergias?		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Especifique:	
¿Por este hecho de violencia motivo de esta denuncia/investigación, fue sometida(o) a un examen o reconocimiento médico legal previo?					Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO					
A los... días del mes de... del , Yo, (nombres completos)....., identificada(o) con el documento número una vez informada(o) sobre la importancia de los procedimientos de pericia forense que se van a realizar para la investigación; otorgo de manera libre, voluntaria y sin coacción alguna el consentimiento para cada uno de los siguientes puntos:					
1. La realización del examen físico. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
2. La realización del examen ginecológico. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
3. La realización del examen proctológico. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
4. Obtención de fluidos corporales o muestras biológicas y la realización de los exámenes forenses complementarios pertinentes. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
5. Administración del tratamiento de anticoncepción oral de emergencia (Si aplica). SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
6. Administración de antiretrovirales (Si aplica). SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
7. El retiro de prendas de vestir para investigación forense (Si aplica) SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
8. Toma de fotografías o registros visuales, por parte de una tercera persona parte del Sistema, para realizar el registro y documentación del procedimiento bajo los principios de confidencialidad y reserva. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
NOMBRE:					 HUELLA PULGAR DERECHO
FIRMA:					
CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE:					
Nombre del perito:			Número de cédula:		
Correo electrónico:			Número de acreditación:		
Firma:					

Razón: la víctima no prestó su consentimiento libre, voluntario e informado para la realización de los procedimientos forenses.

Nombre de la víctima:

Firma

Documento de identidad:

Nombre del perito:

Correo electrónico:

Firma

Número de cédula:

Número de acreditación:

Nota: se trata de un documento de circulación restringida y de absoluta reserva conforme la Ley.

Anexo: Para conocimiento del perito/a

Comunidad, pueblo o nacionalidad con el que se identifica a la víctima al momento de la pericia

NACIONALIDAD	IDIOMA
Nacionalidad Tsáchila	Idioma Tsafiqui
Nacionalidad Awá	Idioma Awapit
Nacionalidad Epera	Idioma Epera Pedede
Nacionalidad Chachi	Idioma Cha'palaa
Nacionalidad Kichwa	Idioma Kichwa
Nacionalidad Shuar	Idioma Shuar Chicham
Nacionalidad Achuar.	Idioma Achuar
Nacionalidad Siekopai.	Idioma Paicoca
Nacional Siona	Idioma Baicoca
Nacionalidad Cofán	Idioma A'ingae
Nacionalidad Záparo	Idioma Záparo (Kayapi)
Nacionalidad Waorani.	Idioma Waotededo

Razón: Siento por tal que el anexo 3 que antecede forma parte integrante de la Resolución 108A-2018, expedida por el Pleno del Consejo de la Judicatura, el veintiuno de noviembre de dos mil dieciocho.

Abg.  Priscila Yungaicela Jiménez Mgs.
Secretaria General del Consejo de la Judicatura



Servicio Nacional
de Medicina Legal
y Ciencias Forenses

ANEXO 4

SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION,
MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES



SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES-GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE
FORMATO DE INFORME FORENSE EN INFRACCIONES DE VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER O
MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Número de Informe Pericial N° _____

ACÁPITE I: DATOS GENERALES DE DESIGNACIÓN						
Fecha del examen:	Año:	Mes:	Día:	Hora:	Número de expediente:	
Nombre de la autoridad que solicita:			Unidad:		Teléfono y/o correo electrónico de contacto:	
Lugar del examen:	Provincia:	Cantón:	Parroquia:	Distrito:		
Institución que realiza el examen médico:			Unidad o servicio:			
Dirección:			Teléfono:			
Lugar donde se realiza el examen médico:						
Domicilio	<input type="checkbox"/>	Centro de privación de libertad:	<input type="checkbox"/>	Nombre del centro de privación de la libertad:		
Casa de salud:	<input type="checkbox"/>	Clinica / Hospital/Centro:	Nombre	Cama No:	HC No:	Otro: <input type="checkbox"/> Especifique

ACÁPITE II: DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA						
Apellidos y nombres:			Tipo de documento y No.:			
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento				
		Ecuador: <input type="checkbox"/>	Fuera de Ecuador: <input type="checkbox"/>			
		Provincia:	País:			
		Cantón:	Residente: <input type="checkbox"/>			
		Parroquia:	Temporal: <input type="checkbox"/>			
Sexo:	Género:	Edad:	Estado civil:			
H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UH <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>			
		Relación actual:				
Estudios cursados:	Ninguno <input type="checkbox"/>	Inicial: <input type="checkbox"/>	Básica: <input type="checkbox"/>	Bachillerato: <input type="checkbox"/>	Superior: <input type="checkbox"/>	Técnica: <input type="checkbox"/>
Realiza actividades laborales con su consentimiento: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Ocupación				
		Trabaja en el hogar: <input type="checkbox"/>	Trabajo remunerado: <input type="checkbox"/>	Trabajo autónomo: <input type="checkbox"/>	En situación de desempleo: <input type="checkbox"/>	Jubilado/a: <input type="checkbox"/>
			Estudiante: <input type="checkbox"/>	Servidor/a público/a: <input type="checkbox"/>	Empleado/a privado/a: <input type="checkbox"/>	
Antecedentes patológicos personales (clínicos y quirúrgicos):			¿Usa medicamentos? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			
			¿Cuáles?			
			¿Para qué?			

ACÁPITE III: INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA VÍCTIMA		
Nombres del acompañante:	Parentesco:	Tipo de documento y No.:
Nombres de un familiar o persona de confianza:	Parentesco:	Contacto:

ACÁPITE IV: ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS					
Fecha de la última menstruación:		No. de Embarazos:		No. de Partos:	No. de Cesáreas:
¿Presentó aborto producto de la agresión?: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Embarazo actual: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Edad gestacional en semanas:	No. de hijos vivos:
				No. de hijos muertos: Razón de la muerte:	Puerperio: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
¿Utiliza métodos de planificación familiar? Si: <input type="checkbox"/>		No: <input type="checkbox"/> ¿Por qué?		¿Ha utilizado anticoncepción oral de emergencia por este hecho? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Por qué?	
¿Por decisión propia? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Es obligada? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Por quién?					

ACÁPITE V: HISTORIA DE LA VIOLENCIA					
¿Ha sufrido hechos similares anteriores?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Por el mismo agresor?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Por otro agresor?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
¿Ha denunciado hechos anteriores o solicitado auxilio?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Le han efectuado reconocimientos médico legales antes de éste hecho?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Hace cuánto tiempo ocurrió el hecho anterior?	¿Quién?
¿Personas que han presenciado estos hechos?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Quiénes?			

ACÁPITE VI: HISTORIA MÉDICO LEGAL					
Tipo de violencia:		Física <input type="checkbox"/>	Psicológica <input type="checkbox"/>	Sexual <input type="checkbox"/>	
Lugar de los hechos:	Hogar <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input type="checkbox"/>	Institución educativa <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
¿La víctima indica que estaba bajo efectos de alcohol o drogas al momento del hecho?		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Desconoce: <input type="checkbox"/>		Especifique	
¿Recibió atención médica por los hechos de violencia?:		Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿En qué lugar recibió atención?	
				Atención recibida:	

ACÁPITE VII. DESCRIPCIÓN Y ESTADO GENERAL DE LA VÍCTIMA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN: conciencia, orientación, memoria, comportamiento emocional, comportamiento motriz, habla y lenguaje, higiene general.

ACÁPITE VII-A: EXAMEN FÍSICO (descripción)		
1	Cabeza:	
2	Cuello:	

3	Tórax anterior y posterior:	
4	Mamas:	
5	Abdomen :	
6	Regiones lumbares:	
7	Región glútea:	
8	Miembros superiores:	
9	Miembros inferiores:	
10	Genitales:	

ACÁPITE VIII: MUESTRA RECOGIDAS Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS (médicos y afines)

--

ACÁPITE IX: EXAMENES SUGERIDOS

--

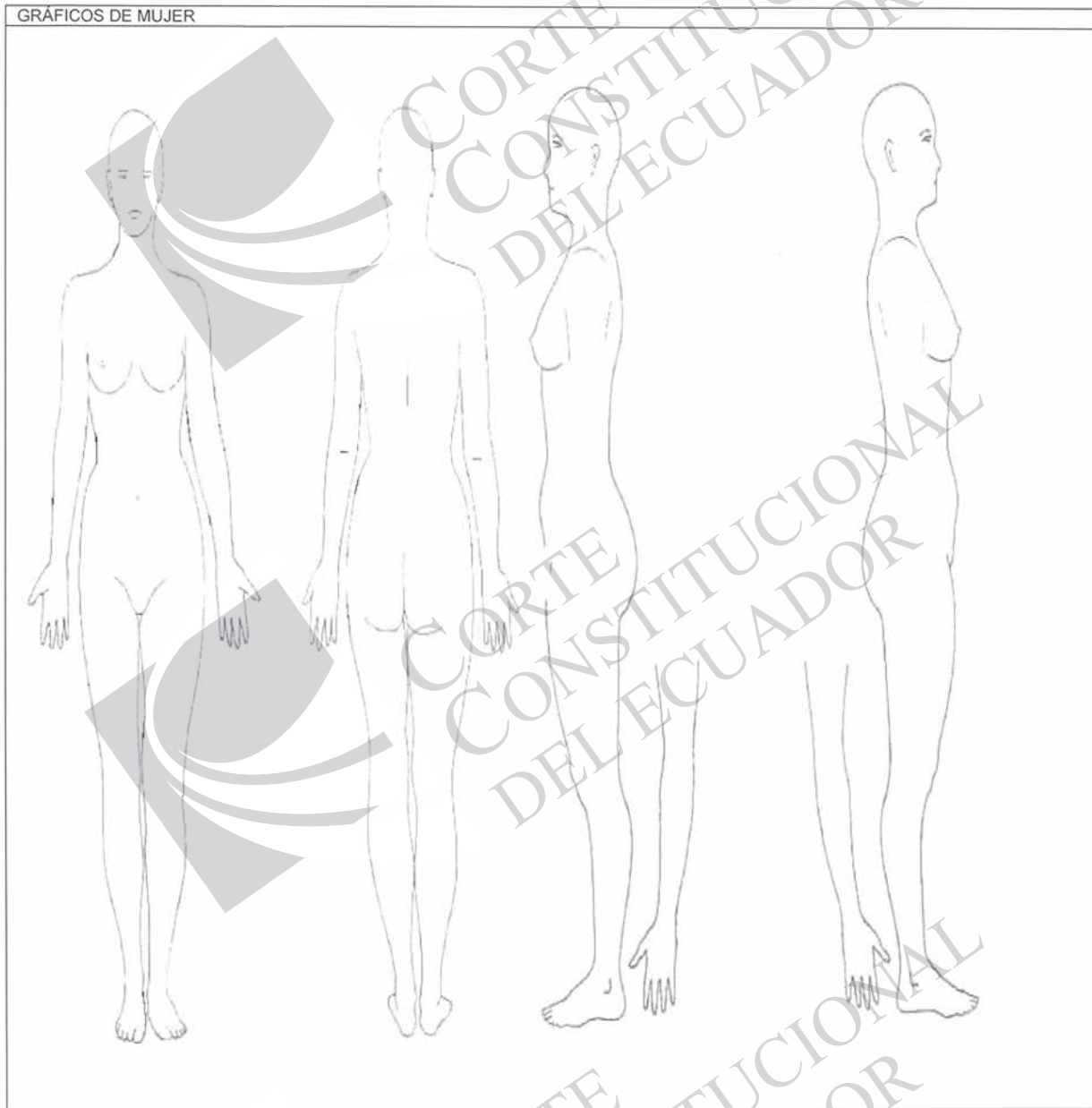
ACÁPITE X: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Observaciones	
Referencia a una unidad de salud: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Describa:	

Nota: las y los médicos forenses están en la obligación de acatar el artículo 5.20 del Código Orgánico Integral Penal. Este es un documento de absoluta reserva y circulación restringida conforme la ley.

Dr. (a).
 Perito (a) Médico (a) Legista
 Acreditación del Consejo de la Judicatura N°
 Reg. MSP
 Correo electrónico:

GRÁFICOS

GRÁFICOS DE MUJER



GRÁFICOS DE HOMBRE



Razón: Siento por tal que el anexo 4 que antecede forma parte integrante de la Resolución 108A-2018, expedida por el Pleno del Consejo de la Judicatura, el veintiuno de noviembre de dos mil dieciocho.


Abg. Jéssica Priscila Yungaicela Jiménez Mgs.
Secretaría General del Consejo de la Judicatura



Servicio Nacional
de Medicina Legal
y Ciencias Forenses

ANEXO 5

SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACION,
MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES



SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE
FORMATO DE INFORME FORENSE EN DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

Número de Informe Pericial N° _____

ACÁPITE I: DATOS GENERALES DE DESIGNACIÓN							
Fecha del examen:	Año:	Mes:	Día:	Hora:	Número de expediente:		
Nombre de la autoridad que solicita:			Unidad:		Teléfono y/o correo electrónico de contacto:		
Lugar del examen:	Provincia:	Cantón:	Parroquia:	Distrito:			
Institución que realiza el examen médico:				Unidad o servicio:			
Dirección:				Teléfono:			
Lugar donde se realiza el examen médico:							
Domicilio	<input type="checkbox"/>	Centro de privación de libertad:	<input type="checkbox"/>	Especifique el Centro de Privación de la Libertad:			
Casa de salud:	<input type="checkbox"/>	Clinica / Hospital/Centro: Nombre:	Cama No:	HC No:	Otro: <input type="checkbox"/>	Especifique	

ACÁPITE II: DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA							
Apellidos y nombres:				Tipo de documento y No.:			
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento					
		Ecuador: <input type="checkbox"/>	Fuera de Ecuador: <input type="checkbox"/>				
		Provincia:	País:				
		Cantón:	Residente: <input type="checkbox"/>				
		Parroquia:	Temporal: <input type="checkbox"/>				
Sexo:	Género:	Edad:	Estado civil:				
H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UH <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>				
		Relación actual:					
Estudios cursados:	Ninguno <input type="checkbox"/>	Inicial: <input type="checkbox"/>	Básica: <input type="checkbox"/>	Bachillerato: <input type="checkbox"/>	Superior: <input type="checkbox"/>	Técnica: <input type="checkbox"/>	
Realiza actividades laborales con su consentimiento: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Ocupación					
		Trabaja en el hogar: <input type="checkbox"/>	Trabajo remunerado: <input type="checkbox"/>	Trabajo autónomo: <input type="checkbox"/>	En situación de desempleo: <input type="checkbox"/>	Jubilado/a: <input type="checkbox"/>	
				Estudiante: <input type="checkbox"/>	Servidor/a público/a: <input type="checkbox"/>	Empleado/a privado/a: <input type="checkbox"/>	
Antecedentes patológicos personales (clínicos y quirúrgicos):			¿Usa medicamentos? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>				
			¿Cuáles?				
			¿Para qué?				

ACÁPITE III: INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA VÍCTIMA		
Nombres del acompañante:		Tipo de documento de identidad y No.:
Nombres de un familiar o persona de confianza:		Parentesco:
		Contacto:

ACÁPITE IV: ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS Y/O PROCTOLÓGICOS			
Menarquia:	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Fecha de la última menstruación:	
Embarazo actual:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edad gestacional en semanas:	
¿Está embarazada como resultado del hecho?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Etapas de puerperio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Presentó aborto producto de la agresión? SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	¿Utiliza métodos de planificación familiar? SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Por decisión propia? SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Cuál?:	¿Es obligada? SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Por quién? ¿No utiliza métodos de anticoncepción?: <input type="checkbox"/> ¿Por qué?	
¿Ha utilizado anticoncepción oral de emergencia por este hecho? SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Por qué?:			
Síntomas/molestias posteriores al hecho violento	Sangrado: <input type="checkbox"/> Flujo vaginal: <input type="checkbox"/> Escoror: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Especifique:
	Sangrado proctológico <input type="checkbox"/> Fluidos proctológicos <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/> Especifique:	Presenta infecciones de transmisión sexual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones:			

ACÁPITE V: HISTORIA DE VIOLENCIA					
¿Ha sufrido hechos similares anteriores?	SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Por el mismo agresor?	SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Por otro agresor?	SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Quién?
¿Hace cuánto tiempo ocurrió el hecho?		¿Ha denunciado hechos anteriores o solicitado auxilio? SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			

ACÁPITE VI: HISTORIA MÉDICO LEGAL						
Tipo de violencia:		Física <input type="checkbox"/>	Psicológica <input type="checkbox"/>	Sexual <input type="checkbox"/>		
Lugar de los hechos:	Hogar <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input type="checkbox"/>	Institución educativa <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Especifique
				Evento público:		
¿La víctima indica que estaba bajo efectos de alcohol o drogas al momento del hecho?		SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Desconoce: <input type="checkbox"/>		¿Cuáles?:		
Relación de la víctima con la persona que le agredió:						
ACÁPITE VI-A: ACCIONES DEL PRESUNTO AGRESOR EN EL HECHO VIOLENTO:						
Penetración:	SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Tipo de penetración: Vaginal <input type="checkbox"/> Anal: <input type="checkbox"/> Oral: <input type="checkbox"/>				
¿Usó condón?	SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	No sabe: <input type="checkbox"/>				
Besos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Tocamientos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Mordeduras:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Frotamiento:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Usó de objetos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Usó dedos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
Usó labios o lengua:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:			
¿Eyaculó el agresor?			¿En qué lugar?:			

ACÁPITE VI-B: LA VÍCTIMA EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN MÉDICO LEGAL:			
¿La víctima en este momento está usando la ropa con que fue víctima del hecho violento?:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Trajo las prendas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Qué prendas trajo?			
¿Se ha bañado?:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Se aseó? Ano: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> vagina: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> boca: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Recibió atención médica emergente?:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿En qué lugar?
Recibió tratamiento		Antiretroviral profiláctico ITS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Anticoncepción de emergencia	VIH: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ACÁPITE VII: DESCRIPCIÓN Y ESTADO GENERAL DE LA VÍCTIMA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN: conciencia, orientación, memoria, comportamiento emocional, comportamiento motriz, habla y lenguaje, higiene general.

ACÁPITE VII-A: EXAMEN FÍSICO (descripción):

1	Cabeza:	
2	Cuello:	
3	Tórax anterior y posterior:	
4	Mamas:	
5	Abdomen :	
6	Regiones lumbares:	
7	Región glútea:	
8	Miembros superiores: (atención especial a uñas)	
9	Miembros inferiores:	
10	Vulva:	

11	Himen:	
12	Vagina:	
13	Escroto:	
14	Pene:	
15	Periné:	
16	Región anal:	

ACÁPITE VIII: MUESTRA RECOGIDAS Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS		
OBTENCIÓN DE FLUIDOS BIOLÓGICOS	Sangre: <input type="checkbox"/>	Observación:
	Orina: <input type="checkbox"/>	Observación:
	Otros: <input type="checkbox"/>	Observación:
HISOPADOS O FROTIS:	Bucal: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Peneana: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Vaginal: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Anal: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Perianal: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Vulvar: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Otros: <input type="checkbox"/> Número de hisopos: ____	Observación:
	Cuál:	
RECOLECCIÓN DE ELEMENTOS PILOSOS / TRAZAS:	Cabello: <input type="checkbox"/>	Observación:
	Otras: <input type="checkbox"/>	Observación:
ANÁLISIS DE DOCUMENTOS (médicos y afines):		

ACÁPITE IX: ESTUDIOS SUGERIDOS	
Microscópico en fresco	<input type="checkbox"/>
Coloración (investigación de espermatozoides)	<input type="checkbox"/>
Proteína P 30	<input type="checkbox"/>
Citobacteriológico	<input type="checkbox"/>
ADN	<input type="checkbox"/>
Histopatológico	<input type="checkbox"/>
Toxicológico	<input type="checkbox"/>
Químico (monóxido o lubricantes similares)	<input type="checkbox"/>
ITS	<input type="checkbox"/>
VIH (con consentimiento)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B y C	<input type="checkbox"/>
VDRL	<input type="checkbox"/>
Embarazo BHCG cuantitativa	<input type="checkbox"/>
Otros exámenes	<input type="checkbox"/> Especifique:

ACÁPITE X: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.

Observaciones:

Referencia a una casa de salud:

SI ☐ NO ☐

Describe:

Nota: los médicos forenses están en la obligación de acatar el artículo 5.20 del Código Orgánico Integral Penal.
Este es un documento de absoluta reserva y circulación restringida conforme la ley.

Dr. (a).

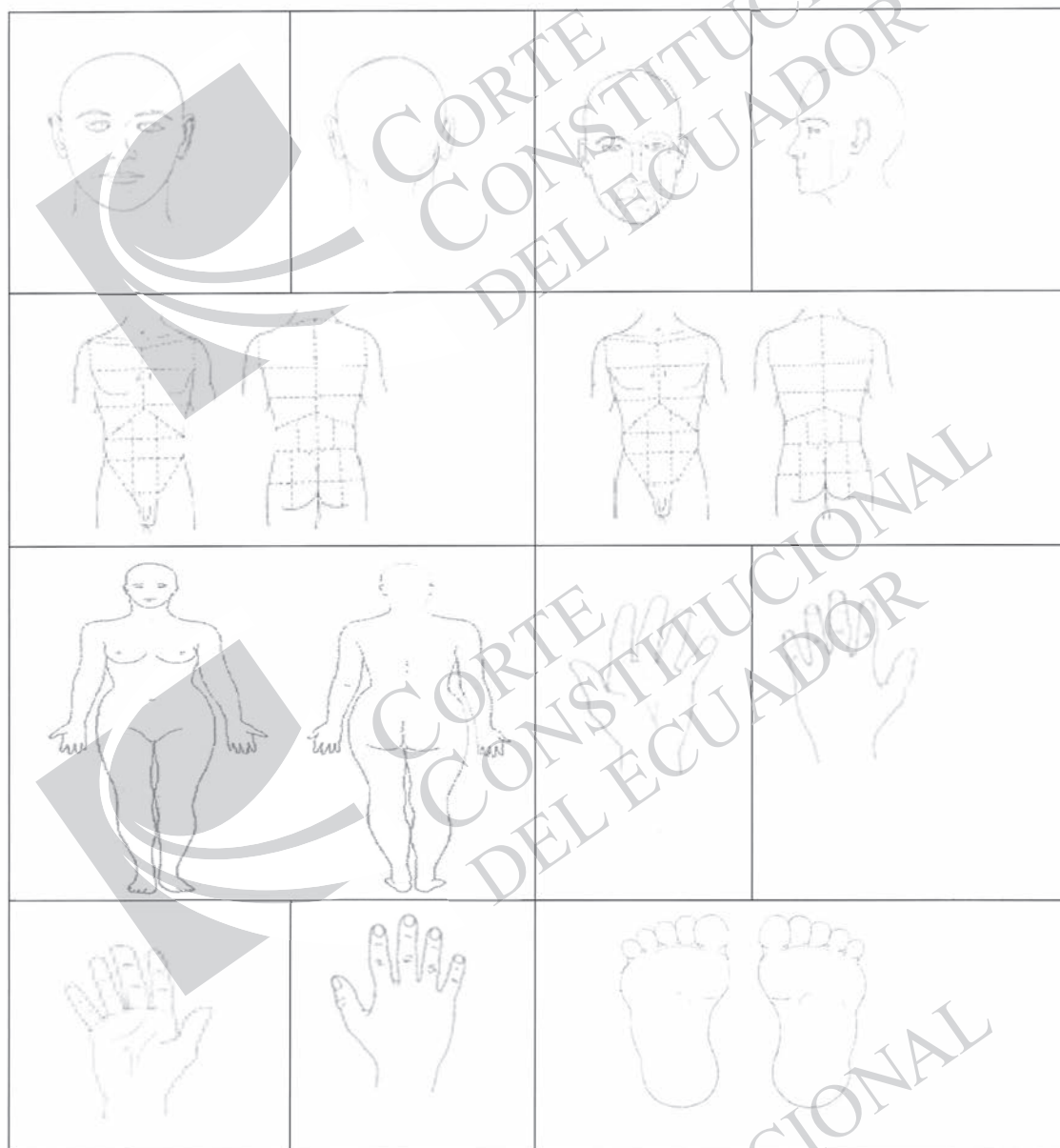
Perito (a) Médico (a) Legista

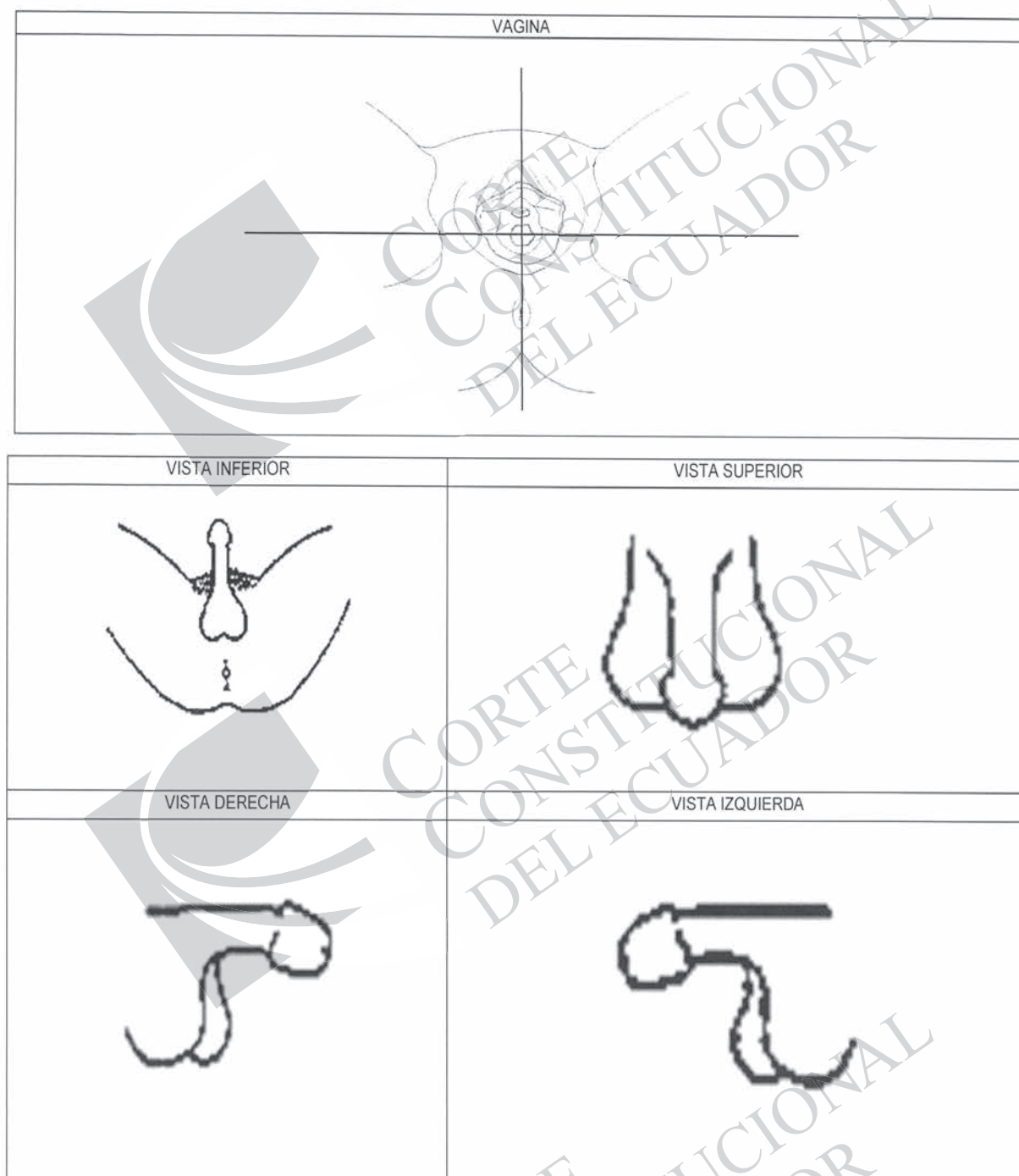
Acreditación del Consejo de la Judicatura N°

Reg. MSP

Correo electrónico:

GRÁFICOS





Razón: Siento por tal que el anexo 5 que antecede forma parte integrante de la Resolución 108A-2018, expedida por el Pleno del Consejo de la Judicatura, el veintiuno de noviembre de dos mil dieciocho.

Abg. Jéssica Priscila Yungaicela Jiménez Mgs.
Secretaría General del Consejo de la Judicatura



Servicio Nacional
de Medicina Legal
y Ciencias Forenses

ANEXO 6



SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACIÓN,
MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
GESTIÓN DE CLÍNICA FORENSE. FORMATO DE INFORME FORENSE DE LESIONES

Número de Informe Pericial N° ____

ACÁPITE I: DATOS GENERALES DE DESIGNACIÓN					
Fecha del examen:	Año:	Mes:	Día:	Hora:	Número de expediente:
Nombre de la autoridad que solicita:			Unidad:		Teléfono y/o correo electrónico de contacto:
Lugar del examen:	Provincia:	Cantón:	Parroquia:	Distrito:	
Institución que realiza el examen médico:			Unidad o servicio:		
Dirección:			Teléfono:		
Lugar donde se realiza el examen médico:					
Domicilio	<input type="checkbox"/>	Centro de privación de libertad: <input type="checkbox"/>	Nombre del Centro de Privación de la Libertad:		
Casa de salud:	<input type="checkbox"/>	Clinica / Hospital/Centro: Nombre:	Cama No:	HC No:	Otro: <input type="checkbox"/> Especifique

ACAPITE II: DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA					
Apellidos y nombres:			Tipo de documento y No.:		
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento			
		Ecuador: <input type="checkbox"/>	Fuera de Ecuador: <input type="checkbox"/>		
		Provincia:	País:		
		Cantón:	Residente: <input type="checkbox"/>		
		Parroquia:	Temporal: <input type="checkbox"/>		
Sexo:	Género:	Edad:	Estado civil:		
H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UH <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>		
		Relación actual:			
Estudios cursados:	Ninguno <input type="checkbox"/>	Inicial: <input type="checkbox"/>	Básica: <input type="checkbox"/>	Bachillerato: <input type="checkbox"/>	Superior: <input type="checkbox"/> Técnica: <input type="checkbox"/>
Realiza actividades laborales con su consentimiento: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Ocupación			
		Trabaja en el hogar: <input type="checkbox"/>	Trabajo remunerado: <input type="checkbox"/>	Trabajo autónomo: <input type="checkbox"/>	En situación de desempleo: <input type="checkbox"/>
			Estudiante: <input type="checkbox"/>	Servidor/a público/a: <input type="checkbox"/>	Jubilado/a: <input type="checkbox"/>
				Empleado/a privado/a: <input type="checkbox"/>	
Antecedentes patológicos personales (clínicos y quirúrgicos):			¿Usa medicamentos? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
			¿Cuáles?		
			¿Para qué?		

ACÁPITE III: INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA VÍCTIMA:		
Nombres del acompañante:		Tipo de documento de identidad y No.:
Nombres de un familiar o persona de confianza:	Parentesco:	Contacto:

ACÁPITE IV: RELATO DE LA VÍCTIMA SOBRE LA PERSONA QUE EJERCE LA AGRESIÓN				
Número de agresores		¿Conoce usted al presunto agresor?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Edad:
Nombres o alias del presunto agresor/a:		Relación con la víctima:		
Dirección habitual o ubicación del presunto/a agresor/a		Ocupación:		

ACÁPITE V: HISTORIA MÉDICO LEGAL						
Lugar de los hechos:	Hogar <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input type="checkbox"/>	Institución pública y/o privada <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Especifique
¿La víctima indica que estaba bajo efectos de alcohol o drogas al momento del hecho?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Desconoce: <input type="checkbox"/>	¿Cuál?				
Recibió atención médica por los hechos de violencia?:	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿En qué lugar recibió atención?		Atención recibida:		

ACÁPITE VI. DESCRIPCIÓN Y ESTADO GENERAL DE LA VÍCTIMA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN: conciencia, orientación, memoria, comportamiento emocional, comportamiento motriz, habla y lenguaje, higiene general.		
ACÁPITE VI-A: EXAMEN FÍSICO (Descripción)		
1	Cabeza:	
2	Cuello:	
3	Tórax anterior y posterior:	
4	Mamas:	
5	Abdomen :	
6	Regiones lumbares:	
7	Región glútea:	
8	Miembros superiores:	
9	Miembros inferiores:	
10	Genitales:	

ACÁPITE VII: MUESTRAS RECOGIDAS Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS (médicos y afines)

ACÁPITE VIII: ESTUDIOS SUGERIDOS

ACÁPITE IX: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Observaciones

Referencia a una casa de salud:

SI ☐ NO ☐

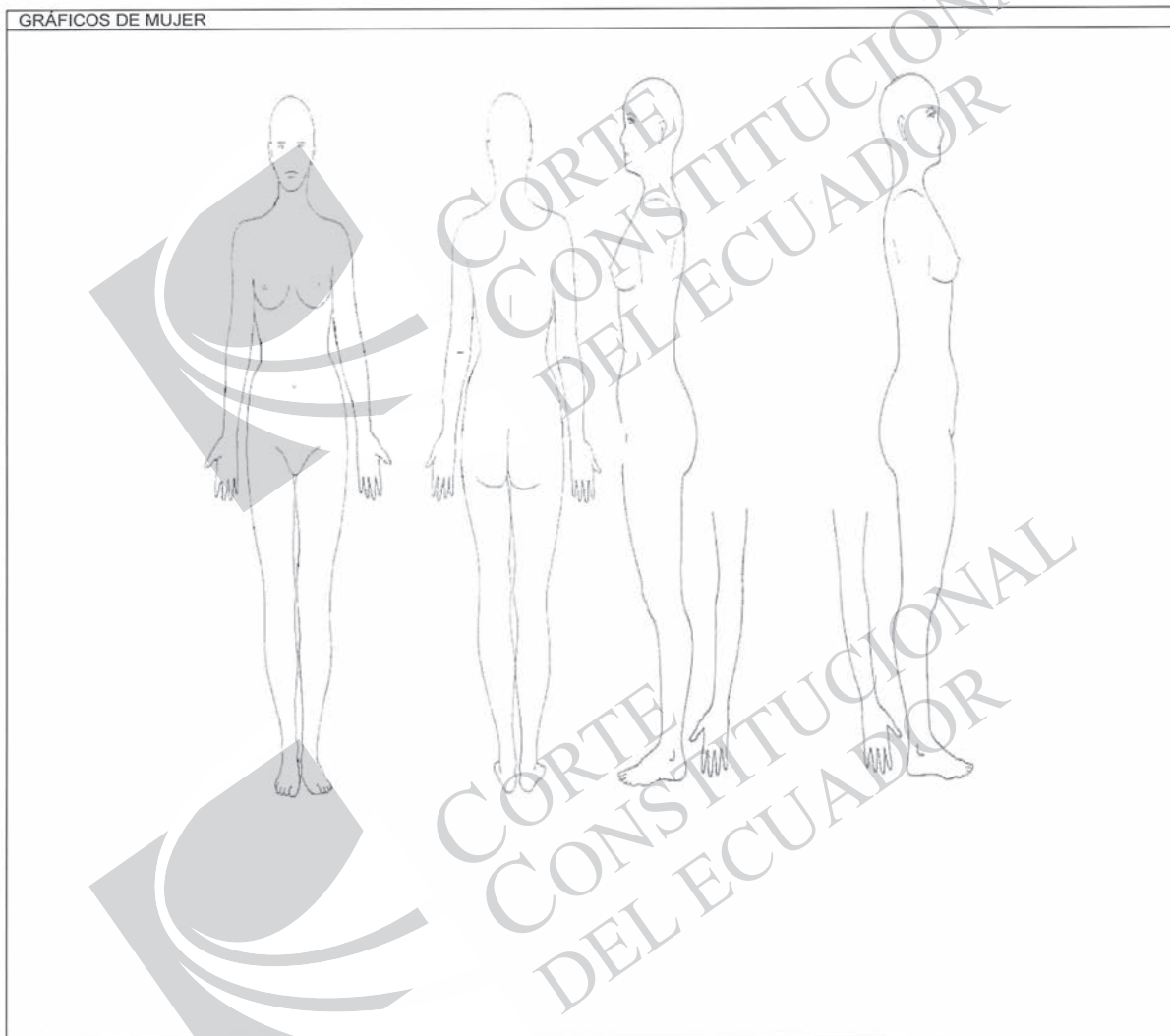
Describe:

Nota: los médicos forenses están en la obligación de acatar el artículo 5.20 del Código Orgánico Integral Penal.
Este es un documento de absoluta reserva y circulación restringida conforme la ley.

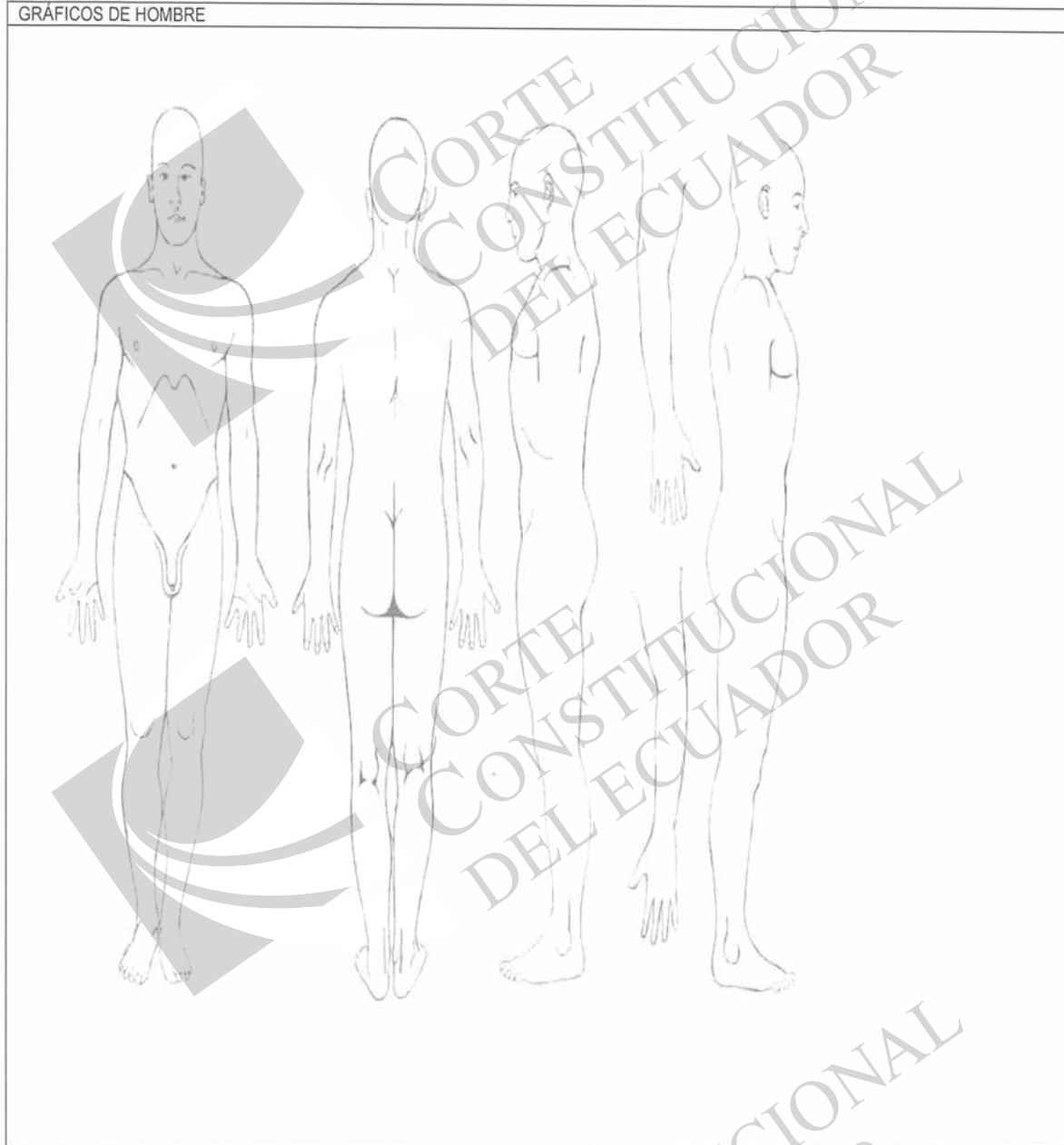
Perito (a) Médico (a) Legista
Acreditación del Consejo de la Judicatura N°
Reg. MSP
Correo electrónico:

GRÁFICOS

GRÁFICOS DE MUJER



GRÁFICOS DE HOMBRE



Razón: Siento por tal que el anexo 6 que antecede forma parte integrante de la Resolución 108A-2018, expedida por el Pleno del Consejo de la Judicatura, el veintiuno de noviembre de dos mil dieciocho.


Abg. Jéssica Priscila Yungaicela Jiménez Mgs.
Secretaría General del Consejo de la Judicatura



Servicio Nacional
de Medicina Legal
y Ciencias Forenses



ANEXO 7

GUÍA PARA EL LLENADO DE FORMATOS MÉDICOS LEGALES

SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS
FORENSES



Servicio Nacional
de Medicina Legal
y Ciencias Forenses

ÁREA DE CLÍNICA FORENSE
QUITO, ENERO DE 2018

OBJETIVOS

ALCANCE

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Datos generales

Contenido del consentimiento

FORMATOS MÉDICOS LEGALES PARA INFRACCIONES POR VIOLENCIA CONTRA LA MUJER O MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (VIOLENCIA FÍSICA), DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL Y LESIONES

Delitos contra la integridad sexual

INFRACCIONES POR VIOLENCIA CONTRA LA MUJER O MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

LESIONES

ACÁPITE I: DATOS GENERALES DE DESIGNACIÓN

ACÁPITE II: DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA

ACÁPITE III: INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA VÍCTIMA

ACÁPITE IV: ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS Y/O PROCTOLÓGICOS

ACÁPITE V: HISTORIA DE LA VIOLENCIA

ACÁPITE VI: HISTORIA MÉDICO LEGAL

ACÁPITE VI-A: ACCIONES DEL PRESUNTO AGRESOR EN EL HECHO VIOLENTO.

ACÁPITE VI-B: LA VÍCTIMA EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN MÉDICO LEGAL

ACÁPITE VII: DESCRIPCIÓN Y ESTADO GENERAL DE LA VÍCTIMA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN

ACÁPITE VII-A: EXAMEN FÍSICO

ACÁPITE VIII: MUESTRAS RECOGIDAS Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

ACÁPITE IX: ESTUDIOS SUGERIDOS

ACÁPITE X: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

Peña, Adolfo; Paco, Ofelia. El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Primera parte Anales de la Facultad de Medicina, vol. 63, núm. 3, 2002, pp. 223-232 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

La presente Guía está elaborada con el objeto de facilitar y estandarizar el uso de los formatos médico legales de clínica forense para la valoración de las víctimas de agresiones sexuales o físicas que acuden a las unidades del Sistema Especializado Integral de Investigación, Medicina Legal y Ciencias Forenses, Fiscalía General del Estado y Consejo de la Judicatura.

Los documentos periciales forenses a los que hace referencia la presente guía son:

- Consentimiento informado
- Delitos contra la integridad sexual
- Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar (violencia física)
- Lesiones

El Servicio Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en su calidad de entidad operativa responsable de la gestión de la investigación técnica y científica en materia de medicina legal y ciencias forenses realiza el control posterior de la labor forense a nivel nacional así como la mejora continua de la prestación de los servicios.

Usted está en la obligación de aplicar la normativa que estandariza la actividad forense nacional en medicina legal según condición, edad, género u otra situación específica de las víctimas. Los informes periciales en todos sus componentes gozan de reserva y circulación restringida conforme la ley.

OBJETIVOS

Facilitar y homologar criterios técnicos para el personal médico del Servicio Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y de otras instituciones obligadas a aplicar la normativa aprobada por el Sistema Especializado Integral de Investigación, Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Garantizar que la práctica de los peritajes médico legales incorporen la perspectiva de género haciendo efectivo los estándares de atención diferenciada la debida diligencia en la investigación de los delitos relacionados con la violencia basada en género.

Proporcionar a la víctima una atención personalizada y humana que garantice el derecho al consentimiento informado y el contacto de calidad y calidez con el personal del Sistema Nacional Especializado de Investigación, Medicina Legal y Ciencias Forenses.

ALCANCE

La presente guía está dirigida a las y los médicos acreditados como peritos y a las y los profesionales de la salud que tengan conocimiento, especialidad, experticia o título que acredite su capacidad para realizar un examen médico a nivel nacional.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es importante tener en cuenta que, la información consignada en estos formularios es de circulación restringida y de absoluta reserva conforme la ley. Cualquier divulgación será sujeta a sanciones administrativas, civiles y/o penales.

El formato de Consentimiento Informado es el primer documento de llenado obligatorio para las y los peritos en medicina legal y a las y los profesionales de la salud que tengan conocimiento, especialidad, experticia o título que acredite su capacidad para realizar un examen médico y constituye la primera aproximación a las víctimas.

Al momento de aplicar este formato debe explicar con calidez y detenimiento a la víctima que acude a los servicios periciales lo que es el consentimiento informado y lo considerando su edad y capacidad intelectual.

- Para qué es el consentimiento informado
- Que sucede si no accede a dar su consentimiento
- Que sucederá durante el peritaje legal
- Especialmente, hágale sentir protegida(o), comprendida(o) y asegúrese que está totalmente informada(o) sobre la utilidad del procedimiento.

Remítase al formulario y antes de entregarlo a la víctima lea detenidamente cada ítem y explique a la víctima para que ésta conozca cada uno de los acápites que contiene este formulario, así como a cada uno de los procedimientos a los cuales va a ser sometida.

Utilice el formato de consentimiento informado según la condición y situación específica de la víctima, es decir, se debe identificar la edad de la víctima, su estado general de conciencia, y / o tipo de discapacidad. En este sentido, se cuenta tres tipos de formatos para el consentimiento informado:

a) Formato de consentimiento informado otorgado por un familiar a favor de niñas, niños o personas impedidas de otorgarlo .- Se aplicará en los siguientes casos:

- Cuando la víctima corresponde a un niño o niña hasta los 12 años de edad.
- Cuando la víctima es una persona con discapacidad intelectual.
- Cuando la víctima está en un estado de inconciencia. En este caso, se prioriza la atención médica que salvaguarde la vida y salud de la víctima. Solo se podrá tomar la muestra de fluidos biológicos (sangre), con el fin de asegurar vestigios que sirvan de prueba en la investigación y se postergará la valoración ginecológica – proctológica para cuando se encuentre consiente o sus signos vitales sean estables. No se recomienda la toma de otras muestras por considerarse invasivas para la víctima.

El consentimiento de un familiar corresponde hasta el segundo grado de consanguinidad de conformidad a la normativa legal vigente. El primer grado de consanguinidad corresponde a: padre, madre, hijos e hijas; y, el segundo grado de consanguinidad corresponde a: los abuelos, abuelas, hermanos, hermanas, nietos o nietas. El o la médico debe verificar la relación de parentesco en estos casos.

- b) Formato de consentimiento informado para víctimas entre 12 y 18 años¹.**.- Se aplicará este formato cuando **la o el adolescente** ha sido objeto de violencia física o sexual y acude en forma voluntaria y consciente para que se le realice un examen médico. En ningún caso se le puede negar el derecho a consentir y comparecer por sus propios derechos.

Si la o el adolescente acude acompañado de un familiar o persona de su confianza, éste deberá estar presente durante el procedimiento médico, salvo el caso que la o el adolescente manifieste que no desea ser acompañado por esta persona.

En este caso, la o el profesional de la salud o del Servicio Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (SNMLCF) deberá contar con personal del mismo sexo o género quien de forma obligatoria deberá acompañar durante el procedimiento médico.

La persona que acompañe en el procedimiento médico deberá firmar de forma conjunta con la o el adolescente, sin que esto signifique que autorizó o consintió en la realización del examen médico.

En caso que la o el adolescente tenga algún tipo de discapacidad intelectual será necesario que el consentimiento sea otorgado por un familiar o representante. Por lo tanto, se deberá aplicar el formulario correspondiente.

Para la práctica de exámenes corporales cuando la víctima es una mujer o una persona con identidad de género femenino, deberá practicárselo por una persona de su mismo sexo o género, de acuerdo a su elección.

Es decir, necesariamente debe preguntarle quién desea que le realice los exámenes médicos y sólo en caso de no existir en la localidad un profesional en medicina legal o profesionales de la salud del mismo sexo o género que tengan conocimiento, especialidad, experticia o título que acredite su capacidad para realizar los mencionados exámenes deberá explicarle a la víctima la situación y, si pese a esto la víctima no accede a la realización de los exámenes no se los realizará. En este caso, la o el profesional deberá sentar una razón indicando este particular en el acápite del informe correspondiente.

Recuerde: El mayor deber de todo médico perito o profesional de la salud que tenga conocimiento, especialidad, experticia o título que acredite su capacidad para realizar un examen médico, es el de garantizar la **no**

¹ De acuerdo al Código de la Niñez y Adolescencia vigente, adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años de edad

revictimización y actuar conforme las condiciones específicas y las circunstancias particulares de las víctimas.

- c) Formato de consentimiento informado para víctimas mayores a 18 años.-** Se aplicará este formato a todas las **víctimas mayores a 18 años de edad** cuando han sido víctimas de violencia física y sexual y acude en forma voluntaria y consciente para que se le realice un examen médico.

Si la víctima acude acompañada de un familiar o persona de su confianza, éste podrá o no estar presente durante el procedimiento médico, por decisión expresa de la víctima. En caso que la víctima decida no estar acompañada de un familiar o una persona de confianza, la o el profesional de la salud deberá consultar a la víctima si desea el acompañamiento de una persona del servicio de salud del mismo sexo o género durante el procedimiento médico.

En caso que la víctima mayor de 18 años tenga algún tipo de discapacidad intelectual será necesario que el consentimiento sea otorgado por un familiar. Por lo tanto, se deberá aplicar el formulario correspondiente.

Para la práctica de exámenes corporales cuando la víctima es una mujer o una persona con identidad de género femenino, deberá practicárselo por una persona de su mismo sexo o género, de acuerdo a su elección.

Es decir, necesariamente debe preguntarle quien desea que le realice los exámenes médicos y sólo en caso de no existir en la localidad un profesional en medicina legal o profesionales de la salud de su mismo sexo o género que tengan conocimiento, especialidad, experticia o título que acredite su capacidad para realizar los mencionados exámenes deberá explicarle a la víctima la situación y, si pese a esto la víctima no accede a la realización de los exámenes no se los realizará. En este caso, la o el profesional deberá sentar una razón indicando este particular.

Del formato del consentimiento

Número de Informe Pericial

Corresponde a un número o código designado en la Unidad o entidad de salud en la cual se va a realizar el examen médico. Deberá coincidir este número o código con el asignado en el formato de informe forense.

DATOS GENERALES

Fecha en que se realiza la pericia

Debe constar año, mes y día. Se debe llenar en formato según la siguiente secuencia: año (cuatro dígitos), mes (dos dígitos), día (dos dígitos).

Hora en la que inicia la pericia

Debe llenar en formato de veinticuatro horas.

Datos de la autoridad solicitante

Registre el nombre completo, el cargo y contacto de la autoridad que solicita la pericia objeto de este informe.

En cuanto al tipo de solicitud dispuesta por la autoridad, se debe indicar con una (x) si se trata de:

- a) Examen médico legal **integral**; o,
- b) Examen médico legal **complementario**. Dentro de este examen se debe establecer si se solicita: 1) Determinación de incapacidad; 2) Toma de muestras; u, 3) Otros, especificando cual.

Nombre completo de la víctima a quien se le realizarán los procedimientos forenses

Consigne los nombres y apellidos de la víctima conforme conste en el documento de identificación. Si la víctima no posee documentos de identidad usted está obligado a prestar el servicio forense y escribir los datos que le refiera la persona examinada.

Documento de identidad

Consulte el número de identidad de la víctima. No siempre las personas que acuden a la valoración médico legal en calidad de víctimas tienen consigo documentos de identidad. Indíqueles que puede constar el número de cédula, tarjeta de identidad, pasaporte, licencia de conducción o cualquier otro documento. No se puede negar la atención a las víctimas del servicio en ningún caso.

Para confirmar la identidad de la víctima se deberá dejar la impronta de la huella digital del dedo pulgar en el formulario correspondiente. Si presenta discapacidad física que impida tomar la huella con el dedo pulgar, se podrá tomar la huella de cualquier otro dedo, indicando en el formulario de qué dedo se la obtuvo.

Fecha de nacimiento

Anote la fecha de nacimiento siguiendo la norma internacional de día, mes y año.

Nacionalidad

Coloque la nacionalidad que consta en el documento de identidad. Si no posee este documento, deberá consignar el dato que la víctima refiere.

Sexo

Consigne el sexo biológico de la víctima en los casilleros: hombre (H), mujer (M).

Género

Cuando la víctima se autoidentifique con un género opuesta a su sexo biológico, usted debe registrarlo en este casillero siempre que la persona no solicite la reserva de este dato. *(Se debe aclarar que esto se refiere únicamente para las personas trans - en cuyo caso la diferencia entre su género y sexo podría ser en la mayoría evidente (por ejemplo al momento de realizar una evaluación física, considerando que no todas las personas trans realizan cambios en su cuerpo), por lo que el profesional debe registrar esta información – lo que no resulta evidente es la orientación sexual de la persona, esto es si es homosexual, lesbiana, bisexual o heterosexual. Para esto se sugiere no dejar el recuadro abierto sino colocar las opciones: masculino o femenino.)*

Idioma/Lengua

Se detallará el idioma o lengua en el cual se exprese la víctima al momento de la pericia. El formato detalla los distintos idiomas con las nacionalidades de los pueblos o comunidades indígenas originarios para facilitar la detección de la lengua materna (Ver el listado de nacionalidades e idiomas).

Idioma extranjero

El idioma extranjero es la lengua diferente a la materna de una persona??, pueblo o nacionalidad. Se consignará con una (x) el idioma extranjero que la víctima exprese en el momento del examen médico.

Recuerde que las personas extranjeras también tienen derecho a los servicios consulares, cuando así lo requieran.

Comunidad, pueblo o nacionalidad dentro del Ecuador con el que se identifica a la víctima al momento de la pericia

Registre la nacionalidad que conste en el documento de identificación o que refiera la víctima. En el casillero consigne si la víctima habla una o varias de las siguientes lenguas/idiomas, o si pertenece a una o varias comunidades, pueblos o nacionalidades:

NACIONALIDAD	IDIOMA
Nacionalidad Tsáchila.	Idioma Tsafiqui
Nacionalidad Awá.	Idioma Awapit
Nacionalidad Epera.	Idioma Epera Pedede
Nacionalidad Chachi.	Idioma Cha`palaa
Nacionalidad Kichwa.	Idioma Kichwa
Nacionalidad Shuar.	Idioma Shuar Chicham

Nacionalidad Achuar.	Idioma Achuar
Nacionalidad Siekopai.	Idioma Paicoca
Nacional Siona.	Idioma Baicoca
Nacionalidad Cofán.	Idioma A'ingae
Nacionalidad Záparo.	Idioma Záparo (Kayapi)
Nacionalidad Waorani.	Idioma Waotodedo

En el formato correspondiente consta esta información para facilitar la consignación de la misma.

Requiere traductor o intérprete

Se responderá de manera negativa o positiva. De ser el caso, se comunicará de forma inmediata a la autoridad que ordenó la diligencia. La traducción será realizada por cualquier persona que entienda la lengua o idioma y que pueda traducir o interpretar a la víctima y al profesional de la salud o perito a fin de informar sobre el procedimiento que se llevará a cabo.

Discapacidad

Se considera persona con discapacidad a toda aquella que, “como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria”².

Se responderá de forma afirmativa o negativa. Si presenta algún tipo de discapacidad y la persona porta el carnet respectivo especifique en “Observación” el porcentaje asignado por la entidad competente. Si la persona no porta el carnet de discapacidad y ésta es evidente, descríbala sin incluir el porcentaje en este caso. Adicionalmente, debe señalar el tipo de discapacidad que presenta la víctima.

Movilidad Humana

Las personas que se encuentran en condición de movilidad humana son aquellas que sus movimientos migratorios para transitar o establecerse de manera temporal o permanente en un Estado es diferente al de su origen o en el que haya residido previamente. La condición de movilidad humana genera derechos y obligaciones en el nuevo Estado³. En el casillero correspondiente a esta condición, se responderá de forma afirmativa o negativa.

Alergias

² Artículo 6 de la Ley Orgánica de Discapacidades, publicada en Suplemento del Registro Oficial No. 796 del 25 de septiembre de 2012.

³ Artículo 3, numeral 8 de la Ley Orgánica de Movilidad Humana, publicada en el Registro Oficial Suplemento No. 938 del 6 de febrero de 2017.

Se responderá de forma afirmativa o negativa. Si la respuesta es afirmativa se debe especificar a qué es alérgica la víctima, con el fin de evaluar riesgos a la seguridad de la persona en la valoración médico legal. **Es importante explicar a la víctima que durante la valoración médica se usa guantes de látex. Si refiere tener alergia al látex, debe usar otro material para la exploración, como guantes de nitrilo o silicona.**

“¿Por este hecho de violencia, motivo de esta denuncia/investigación, fue sometida(o) a un examen o reconocimiento médico legal previo?”

Se responderá de forma afirmativa o negativa. Si la respuesta es afirmativa, el médico perito o profesional de la salud, pondrá en conocimiento de la autoridad competente esta información, sentando una razón que indique la no realización del examen médico en virtud que la víctima ha manifestado que se realizó un reconocimiento médico previo.

En este caso, la o el profesional de la salud deberá preguntar a la víctima el lugar, fecha y la institución donde se realizó dicho examen. Estos datos deben ser consignados de manera obligatoria en la razón sentada por la o el médico.

Nombres del familiar que otorga el consentimiento y número del documento de identificación

Estos datos solo se registrarán en caso de aplicarse el formato de consentimiento informado otorgado por un familiar o representante de la víctima. Consigne los nombres y apellidos del familiar de la víctima conforme conste en el documento de identificación. Si la persona no posee documentos refiera el dato proporcionado por ésta.

Nombres del acompañante y número del documento de identificación

Estos datos solo se registrarán en caso de aplicarse el formato de consentimiento informado para víctimas entre 12 y 18 años.

Consigne los nombres, apellidos y número del documento de identificación del acompañante de la víctima adolescente conforme conste en el documento de identificación presentado. Si la persona no posee documentos refiera el dato proporcionado por ésta o del profesional del sistema que acompañe durante el examen a la víctima adolescente.

CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO

Para los puntos del contenido del consentimiento, se debe indicar si se otorga consentimiento con respecto a: 1. La asistencia de un acompañante durante el procedimiento médico; 2. La realización del examen físico; 3. La realización del examen ginecológico; 4. La realización del examen proctológico; 5. La obtención de fluidos corporales o muestras biológicas y la realización de los exámenes forenses complementarios pertinentes; 6. Administración de anticoncepción oral

de emergencia; 7. Tratamiento profiláctico y antiretrovirales, ITS, VIH (si aplica); 8. El retiro de prendas de vestir para la investigación forense (si aplica); y, 9. La toma de fotografías o registros visuales, por parte de una tercera persona parte del Sistema, para realizar el registro y documentación del procedimiento bajo los principios de confidencialidad y reserva.

A la víctima se le informará acerca de la importancia de los procedimientos de la pericia forense, y ésta de manera libre, voluntaria y sin coacción dará su consentimiento individual para cada uno de los acápites que allí constan.

1. La asistencia de un acompañante durante el procedimiento médico:

Se recomienda que para la valoración médica en el caso de adolescentes, se realice con el acompañamiento de una persona de su confianza o elección y esto será facultativo en el caso de una víctima mayor de edad. En el caso que la víctima manifieste su voluntad de no ser acompañada por una persona de su confianza, la o el médico está en la obligación de solicitar al personal de la institución de salud o del SNMLCF que sea del mismo sexo de la víctima su acompañamiento durante el procedimiento médico.

2. Realización del examen físico médico legal:

Explique el procedimiento y su utilidad para la autoridad que dispuso la pericia. Marque SI o NO según la indicación de la víctima. El examen físico médico legal comprende examinar cabeza, tronco y extremidades.

3. Realización del examen ginecológico:

Explique el procedimiento (posición específica y valoración de genitales externos), y su utilidad para la autoridad que dispuso la pericia. Marque SI o NO según la indicación de la víctima. El examen ginecológico comprende la posición específica de la mujer para valorar genitales externos y regiones anatómicas paragenitales.

4. Realización del examen proctológico:

Explique el procedimiento (posición específica y valoración de región anal), y su utilidad para la autoridad que dispuso la pericia. Marque SI o NO según la indicación de la víctima. El examen proctológico comprende en niños, niñas, adolescentes y adultos la posición genupectoral. En niños o niñas menores a 5 años el examen proctológico se recomienda hacerlo en posición decúbito lateral en colaboración con la persona con quien el niño o niña se sienta tranquila.

5. Obtención de fluidos corporales o muestras biológicas y la realización de los exámenes forenses complementarios pertinentes:

Para la obtención de fluidos corporales o muestras biológicas y la realización de los exámenes forenses complementarios pertinentes, la o el médico lo podrá realizar solo en el caso que éstos no provoquen o causen menoscabo en la salud y dignidad de la víctima.

Se deberá tener en cuenta las medidas necesarias en función de la edad y género de la víctima para precautelar su dignidad e integridad física y psicológica.

Es necesario explicar el procedimiento y la utilidad de este punto. Marque sí o no según la indicación de la víctima. Las muestras biológicas que se pudieran tomar durante la valoración son hisopados de regiones genitales, paragenitales y extragenitales, sangre, orina o contenido gástrico.

6. Administración de anticoncepción oral de emergencia (si aplica para la valoración médico legal que se está realizando):

Explique el procedimiento y la utilidad de este punto. Marque SI o NO según la indicación de la víctima.

La administración de este medicamento debe considerarse ante el riesgo de un embarazo producto de una agresión sexual. Puede usarse en forma inmediata de ocurrido el hecho o hasta cinco (5) días después y comprende una dosis única. Es importante recordar a la víctima que, la anticoncepción oral de emergencia no protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como de los efectos adversos que produce este medicamento.

7. Tratamiento profiláctico y antiretrovirales, ITS y VIH (si aplica para la valoración médico legal que se está realizando):

Explique el procedimiento y la utilidad de este punto. Marque SI o NO según la indicación de la víctima.

Si el tratamiento no está disponible en la unidad o institución donde se realiza la valoración médica debe la o el médico referirle a una casa de salud para que reciba el tratamiento profiláctico y antiretrovirales, ITS y VIH.

8. Retiro de prendas de vestir para la investigación forense

Si aplica en la valoración médico legal que va a realizar, explique con suma atención la utilidad de este procedimiento para la autoridad que solicitó la pericia e informe a la víctima que Usted actuará en concordancia con el análisis médico legal y a los hechos narrados.

Marque SI o NO según la indicación de la víctima. Esta acción se realizará conforme el procedimiento pericial solicitado: lesiones, infracciones por violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar o delitos sexuales.

Recuerde que las garantías de las víctimas prohíben cualquier conducta displicente, desalentadora, intimidatoria, indelicada o contraria a los derechos de las personas.

9. Toma de fotografías o registros visuales por parte de una tercera persona del Sistema, para realizar el registro y documentación del procedimiento bajo los principios de confidencialidad y reserva.

Marque SI o NO según la indicación de la víctima. Explique el procedimiento y la utilidad de este punto. Recuerde que está prohibido tomar fotografías que comprometan los derechos de las víctimas. Las fotos o imágenes tomadas durante el examen médico estarán acordes a los hallazgos físicos de lesiones evidenciadas en cada víctima y solo se deberán tomar las necesarias. Es importante recordar que estas fotografías son reservadas, conforme la Ley, y solo serán expuestas a petición expresa de las autoridades judiciales.

Nombres y apellidos, número de documento de identificación, firmas (víctima, acompañante y el familiar que otorga el consentimiento) y huella digital (víctima y familiar que otorga el consentimiento)

Se deberá colocar los nombres apellidos completos de la víctima, acompañante y el familiar que otorga el consentimiento. Además se deberá consignar sus firmas, números de documentos de identificación y la huella digital de la víctima y el familiar que otorga el consentimiento.

Nombres y apellidos, número de documento de identificación, número de acreditación, correo electrónico y firma de la o el médico

El documento finaliza con los datos de la o el médico que realiza la pericia médico legal.

FORMATOS MÉDICOS LEGALES PARA INFRACCIONES POR VIOLENCIA CONTRA LA MUJER O MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (VIOLENCIA FÍSICA), DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL Y LESIONES

Los formatos médicos legales para la valoración de las infracciones por violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar (violencia física), delitos contra la integridad sexual y lesiones. Tendrán la siguiente estructura:

DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL	
ACÁPITE I	Datos generales de designación
ACÁPITE II	Datos generales de la víctima
ACÁPITE III	Información del acompañante de la víctima
ACÁPITE IV	Antecedentes gineco obstétricos y/o proctológicos
ACÁPITE V	Historia de violencia
ACÁPITE VI	Historia médico legal
ACÁPITE VI-A	Acciones del presunto agresor en el hecho violento
ACÁPITE VI-B	La víctima en el momento de la valoración médico legal
ACÁPITE VII	Descripción y estado general de la víctima al momento de la valoración
ACÁPITE VII-A	Examen físico (Descripción)
ACÁPITE VIII	Muestras recogidas y análisis de documentos
ACÁPITE IX	Estudios sugeridos

ACÁPITE X	Conclusiones y recomendaciones
-----------	--------------------------------

INFRACCIONES POR VIOLENCIA CONTRA LA MUJER O MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR	
ACÁPITE I	Datos generales de designación
ACÁPITE II	Datos generales de la víctima
ACÁPITE III	Información del acompañante de la víctima
ACÁPITE IV	Antecedentes gineco obstétricos
ACÁPITE V	Historia de la violencia
ACÁPITE VI	Historia médico legal
ACÁPITE VII	Descripción y estado general de la víctima al momento de la valoración
ACÁPITE VII-A	Examen físico (Descripción)
ACÁPITE VIII	Muestras recogidas y análisis de documentos
ACÁPITE IX	Estudios sugeridos
ACÁPITE X	Conclusiones y recomendaciones

LESIONES	
ACÁPITE I	Datos generales de designación
ACÁPITE II	Datos generales de la víctima
ACÁPITE III	Información del acompañante de la víctima
ACÁPITE IV	Relato de la víctima sobre la persona agresora
ACÁPITE V	Historia médico legal
ACÁPITE VI	Descripción y estado general de la víctima al momento de la valoración
ACÁPITE VI-A	Examen físico (Descripción)
ACÁPITE VII	Muestras recogidas y análisis de documentos
ACÁPITE VIII	Estudios sugeridos
ACÁPITE IX	Conclusiones y recomendaciones

De conformidad al principio de confidencialidad garantizado en la Constitución, instrumentos internacionales de derechos humanos y las leyes internas del país, las y los médicos que intervengan en las valoraciones médicas mantendrán bajo privacidad y confidencialidad fotografías o cualquier otro dato que posibilite la identificación en actuaciones judiciales, policiales o administrativas de las víctimas de delitos contra la integridad sexual, así como toda niña, niño o adolescente que participe en un proceso penal.

Con base en el principio de confidencialidad, ningún formato incluye información que posibilite la ubicación y/o contacto de la víctima ni de sus familiares.

Es importante que usted tome en cuenta que está en la obligación de no revictimizar a las personas que acuden a los servicios forenses, por lo que se debe dirigir las preguntas y el procedimiento conforme los derechos de las víctimas acopiando la información sin producir una conducta invasiva y/o displicente.

Los datos del acompañante de la víctima relacionados a dirección y teléfono también se mantendrán bajo el principio de reserva.

Recuerde: La **NO re victimización** implica que a la persona víctima de violencia no se le deberá practicar múltiples entrevistas, exámenes periciales, interrogatorios y pruebas de toda índole, lo cual la desencadenaría un nuevo atentado contra su integridad.

Incluir un recuadro que destaque la prohibición de realizar comentarios prejuicioso, culpabilizantes, lgbtifóbicos – señalando que este tipo de comentarios pueden constituir un delito de discriminación u odio.

La aplicación de los formatos para delitos contra la integridad sexual corresponderá para la investigación de los delitos: Estupro (Art. 167 del COIP), Violación (art. 171 del COIP) y Abuso sexual (Art. 170 del COIP, este último, solo cuando origina lesión física).

La aplicación de los formatos para infracciones de violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar corresponderá a delitos y contravenciones siempre que éstos sean provocados por uno o más miembros de este núcleo familiar⁴.

La aplicación de los formatos para infracciones de lesiones corresponderá a la valoración médica de una víctima agredida físicamente por una persona que **NO** corresponde a miembros del núcleo familiar.

Se prohíbe cualquier conducta o expresión discriminatoria a las víctimas que acuden a los servicios forenses en los casos de delitos de trata de personas, explotación sexual o prostitución forzada. Usted no puede referir comentarios o expresar sus opiniones o creencias sobre las personas que acuden a los servicios de medicina legal y ciencias forenses o cualquier unidad del Sistema Especializado Integral.

Recuerde: El consultorio médico donde se atenderá a la víctima estará equipado con los materiales e insumos necesarios mínimos: iluminación adecuada, camilla ginecológica, balanza, tallímetro, biombo, batas y sábanas desechables para utilización de la víctima, hisopos largos estériles, guantes de manejo de látex y nitrilo, líquidos de limpieza, recipientes apropiados para las muestras que se recojan durante la pericia, material de oficina, entre otros.

DE LOS FORMATOS

Número de Informe Pericial

⁴ De conformidad con el artículo 155 del Código Orgánico Integral Penal, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 180, de 10 de febrero de 2014, se entiende por miembros del núcleo familiar a: la o el cónyuge, pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que la víctima determine que mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación.

Corresponde a un número o código designado en la unidad o entidad de salud en la cual se va a realizar el examen médico. Deberá coincidir este número o código con el asignado al Consentimiento Informado.

ACÁPITE I: DATOS GENERALES DE DESIGNACIÓN

Fecha del examen

Detalle en según el siguiente orden: año (cuatro dígitos), mes (dos dígitos) y día (dos dígitos).

Hora

Detalle la hora que se realiza la valoración médico legal con formato de veinticuatro horas.

Número de expediente

Consigne el número de expediente u oficio con el que remite la autoridad correspondiente la disposición de práctica del examen médico.

Datos de la autoridad que solicita

Especifique nombres y apellidos, unidad en la que trabaja o pertenece, teléfono y/o correo electrónico de contacto de la autoridad que dispone se realice el examen médico.

Lugar del examen

Especifique la provincia, cantón, parroquia y distrito en la que se realiza el examen médico.

Institución que realiza el examen médico

Detalle la institución del Sistema Nacional Integral de Investigación, Medicina Legal y Ciencias Forenses o la institución del Sistema Nacional de Salud a la que pertenece el perito o profesional de la salud que realiza el examen médico.

Unidad o Servicio

Coloque la unidad o servicio a la que pertenece el perito o profesional de la salud que realiza el examen médico.

Dirección y teléfono

Coloque la dirección y número telefónico de la institución donde se realiza el examen médico.

Lugar donde se realiza el examen médico

Consigne la unidad o servicio donde se realiza el examen médico. Coloque una (x) en la opción que corresponda: Domicilio; Centro de Privación de Libertad, especificando el nombre del centro; Casa de salud, detallando el nombre del hospital, clínica o centro de salud, número de cama y número de historia clínica; y, Otro, especificando cual.

ACÁPITE II: DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA**Apellidos y nombres**

Se detallará el nombre completo conforme conste en el documento de identificación. Si la persona acude sin documento de identidad se escribirán los nombres y apellidos referidos por la víctima o su acompañante. Al final del formulario, en el casillero "Observaciones", obligatoriamente consignará la ausencia del documento de identidad.

Tipo de documento y número

Se colocará el número del documento de identificación que la víctima presente o refiera. La cédula (10 dígitos) a nivel nacional, y en caso de víctimas extranjeras se colocará el número de pasaporte o documento de identificación y el país que otorgó.

Fecha de nacimiento

Se colocará en el siguiente orden: año en cuatro dígitos, mes en dos dígitos y día en dos dígitos.

Lugar de nacimiento

Se colocará si es de nacionalidad ecuatoriana: Ecuador, la provincia, cantón y parroquia. En el caso de víctimas de otra nacionalidad, se colocará: país, y si es residente o de estancia temporal en el país.

Sexo

Se consignará con una (x) en el casillero de hombre o mujer.

Género

Cuando la víctima se autoidentifique con un género opuesta a su sexo biológico, usted debe registrarlo en este casillero siempre que la persona no solicite la reserva de este dato. *(Se debe aclarar que esto se refiere únicamente para las personas trans - en cuyo caso la diferencia entre su género y sexo podría ser en la mayoría evidente (por ejemplo al momento de realizar una evaluación física, considerando que no todas las personas trans realizan cambios en su cuerpo), por lo que el profesional debe registrar esta información – lo que no resulta*

evidente es la orientación sexual de la persona, esto es si es homosexual, lesbiana, bisexual o heterosexual.

Para esto se sugiere no dejar el recuadro abierto sino colocar las opciones: masculino o femenino.)

Edad

Se colocará los años y meses cumplidos de la víctima a quien se realiza la valoración médico legal.

Estado civil

Se escogerá con una (x) una opción de las indicadas: casado/a, soltero/a, divorciado/a, viudo/a, unión de hecho o unión libre. En la parte inferior consta: "Relación Actual": donde se detallará su relación actual ya que puede ser distinta de su estado civil legal.

Estudios cursados

El registro de datos de estudios realizados tiene el fin de identificación de derechos vulnerados, así como la identificación de posibles vulnerabilidades que deben ser consideradas por la o el médico o profesional de la salud a fin de utilizar un lenguaje adecuado con la víctima. Se escogerá con una (x) una de las opciones:

- | | |
|----------------------|---|
| Ninguna: | Cuando la víctima no ha tenido ningún estudio (no sabe leer ni escribir). |
| Inicial: | Corresponde a los primeros años de estudio, sin haber terminado la primaria o cursos de alfabetización. |
| Básica: | Que haya estudiado hasta el décimo año de educación básica. |
| Bachillerato: | Que haya culminado el tercer año de bachillerato. |
| Superior: | Que haya terminado sus estudios superiores de tercer o cuarto nivel. |
| Técnico: | Que haya estudiado carreras intermedias o técnicas. |

Recuerde que la víctima puede haber completado o no cada una de estas fases educativas. Marque con una (x) según corresponda.

Realiza actividades laborales con su consentimiento

Este dato es de interés en los casos de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar y delitos contra la integridad sexual. Se preguntará de manera adecuada si la persona trabaja por voluntad o es obligada a hacerlo. En caso que la respuesta sea negativa se preguntará a la víctima quien es la persona que le obliga a trabajar.

Ocupación

Se escogerá con una (x) una de las siguientes actividades:

El trabajo en el hogar:	Se refiere a la labor productiva de auto sustento y cuidado humano que se realiza en el hogar.
Trabajo remunerado:	Labor productiva que se realiza bajo relación de dependencia por la cual se recibe un ingreso económico.
Trabajo autónomo:	Labor productiva que se realiza sin relación de dependencia.
Situación de desempleo:	Se refiere cuando la víctima no cuenta con un trabajo sea remunerado o autónomo.
Jubilado:	Es toda persona que ha cumplido los requisitos de tiempo de imposiciones y edad de retiro, o padece una lesión permanente, física, o mental, total o parcial, y percibe una pensión regular del Estado o del Seguro Social, o una renta vitalicia de una compañía aseguradora, por condición de vejez o invalidez.
Estudiante:	Es toda persona cuya actividad principal es estudiar o capacitarse en una institución educativa pública o privada
Servidor/a Pública:	Es la persona que presta servicios en la administración pública y cuya función es la de brindar servicios públicos.
Empleado/a Privada:	Es la persona que presta un servicio a un empleador de carácter intelectual y material en virtud de un sueldo, participación de beneficios o cualquier retribución.

Antecedentes patológicos personales (**clínicos, quirúrgicos**)

Se detallará los estados patológicos de importancia médica (enfermedades) que la víctima haya presentado o influido en su estado de salud y que pusieron en riesgo a la víctima.

Además se preguntará a la víctima si presenta alergias alguna sustancia, medicamento o alimento.

Uso de medicamentos

Se preguntará si ingiere algún tipo de medicamento. Si la respuesta es afirmativa, se detallará cuáles y para qué enfermedad o patología las utiliza y si ha sido indicada por un médico o de forma empírica, incluidos los anticonceptivos, medicamentos profilácticos y retrovirales. *Para el caso de personas trans, considerar si es importante incluir si se encuentra en algún proceso de hormonización o si se ha realizado algún procedimiento quirúrgico o implante.*

ACÁPITE III: INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA VÍCTIMA

La información adicional, son datos de referencia sobre la persona que acompañan a la víctima durante el examen médico.

Nombres del acompañante

En caso que la víctima acuda con un acompañante, se anotará los nombres y apellidos, parentesco y tipo y número de documento de identidad. Si la persona que acompaña no posee documento de identificación se consignarán los datos que ésta refiere.

Nombres, parentesco y contacto de un familiar o persona de confianza

Si la víctima acude sin el acompañamiento de un familiar o persona de confianza, se pedirá los nombres y apellidos, el parentesco y el teléfono de contacto de éste, a fin de comunicarse en caso de requerir algún apoyo especial.

ACÁPITE IV: ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS Y/O PROCTOLÓGICOS

Este acápite no está contemplado en el formato de lesiones.

Menarquia (Este dato solo se aplica al formato de delitos contra la integridad sexual)

Consignar en el casillero de SI o NO si hubo el primer ciclo menstrual.

Fecha de última menstruación

Colocar el día, mes y año del último ciclo menstrual. De estos datos se debe enfatizar el primer día del último ciclo menstrual.

Número de Embarazo(s) (Este dato solo aplica al formato de violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar)

Se registrará el número de embarazos que ha tenido la víctima. Colocar en forma de dos dígitos.

Número de Parto(s) (Este dato solo aplica al formato de Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar)

Se detallará cuántos partos ha tenido por vía vaginal. Se registrará con dos dígitos.

¿Presentó Aborto producto de la agresión?

Se consignará la respuesta en el casillero de SI o NO.

Número de Cesárea(s) (Este dato solo aplica al formato de Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar)

Se detallará cuántas cesáreas ha tenido la víctima. Se registrará con dos dígitos.

Embarazo actual

El embarazo se determinará mediante dato de la fecha de la última menstruación, examen físico, ecográficamente y/o pruebas de laboratorio. Su registro corresponderá a marcar una (x) en el casillero de SI o NO.

Edad gestacional en semanas

Se puede determinar de acuerdo a fecha de última menstruación o por ecografía obstétrica. Se registrará con dos dígitos, con referencia a semanas.

Etapas de puerperio

El puerperio se considera hasta 40 días después de haberse producido un parto vaginal o una cesárea. Se marca con una (x) en el casillero de SI o NO.

Embarazo como resultado del hecho **(Este dato solo se aplica al formato de delitos contra la integridad sexual)**

Se marca con una (x) en el casillero de SI o NO.

Número de hijos vivos **(Este dato solo aplica al formato de Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar)**

Se registrará con dos dígitos.

Número de hijos muertos y razón de la muerte **(Este dato solo aplica al formato de Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar)**

Se registrará con dos dígitos y se detallará brevemente la causa de la muerte.

Uso de métodos de planificación familiar

Se registrará con una (x) en el casillero de SI o NO la utilización de uno o varios métodos de planificación familiar. Si la respuesta es afirmativa, especificar si corresponde a una decisión propia o si es obligada. En este último caso se deberá detallar por quién es obligada. Si la respuesta es negativa para la utilización de métodos de planificación familiar, se especificará el por qué.

Utilización de anticoncepción de emergencia

Se consignará la respuesta con una (x) en el casillero SI o NO. De ser afirmativa la respuesta se especificará por qué se utilizó. Tomar en cuenta que la respuesta debe estar vinculada al hecho de violencia sufrido actualmente.

Síntomas/molestias posteriores al hecho violento **(Este dato solo se aplica al formato de delitos contra la integridad sexual)**

Se preguntará a la víctima solo en casos de delitos contra la integridad sexual si ha tenido síntomas o molestias posteriores al hecho violento. Se marcará con una (x) las opciones de: sangrado, flujo vaginal, escozor y si es otra molestia se marcará, especificando en el casillero correspondiente cuál es.

Sangrado proctológico y fluidos proctológicos

La pregunta será formulada tanto a víctimas hombres como mujeres y se marcará con una (x) en el casillero si el hecho tiene relación con el acto de violencia sufrido. Si la víctima indica que tiene otro síntoma distinto del sangrado y fluidos proctológicos se debe marcar con una (x) en el casillero “otro” y especificar cuál.

Infecciones de transmisión sexual

Se marcará con una (x) en el casillero de SI o NO y estarán en relación al hecho de violencia sufrido.

Observaciones

En este casillero se deberá describir los datos adicionales a los consignados en este Acápite y que la o el perito o profesional de la salud considere relevantes dentro de la atención a la víctima.

ACÁPITE V: HISTORIA DE LA VIOLENCIA

Este acápite no está contemplado en el formato de lesiones.

¿Ha sufrido hechos similares anteriores?

Marcar con una (x) la respuesta afirmativa o negativa.

¿Por el mismo agresor?

Marcar con una (x) la respuesta afirmativa o negativa.

¿Por otro agresor?

Marcar con una (x) la respuesta afirmativa o negativa.
Registrar **quién** es la persona agresora, solo en caso que la víctima proporcione el dato.

¿Hace cuánto tiempo ocurrió la agresión anterior?

Consigne en el casillero correspondiente la fecha exacta o aproximada del hecho de agresión ocurrido anteriormente.

¿Ha denunciado hechos anteriores o solicitado auxilio?

Marcar con una (x) la respuesta afirmativa o negativa.

¿Le han efectuado reconocimientos médicos legales antes de este hecho?

Marcar con una (x) la respuesta afirmativa o negativa.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DETERMINAR EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE SE HIZO EL ULTIMO RECONOCIMIENTO LEGAL Y QUE ALCANCE TUVO.

¿Personas que han presenciado estos hechos?

(Este dato solo aplica al formato de Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar)

Marcar con una (x) la respuesta afirmativa o negativa.

Registrar quién o quienes han presenciado los hechos de violencia.

ACÁPITE VI: HISTORIA MÉDICO LEGAL

Este acápite es el número V en el formato de lesiones.

Tipo de violencia **(este dato no aplica para el formato de lesiones)**

Especificar con una (x) si la violencia por la que acude la víctima es: física, psicológica o sexual. En el caso de violencia sexual contra la mujer o miembros del núcleo familiar se considerará hechos anteriores que permitan identificar si la víctima está inmersa en un círculo de violencia. En el caso que los hechos de violencia sexual sean actuales se comunicará a la autoridad con el fin que se disponga el examen médico correspondiente para lo cual se aplicará el formato para delitos contra la integridad sexual.

Lugar de los hechos

Marcar con una (x) el lugar donde se haya producido el hecho de violencia. Si se marca en otros, especificar.

¿La víctima estaba bajo efectos de alcohol o drogas al momento del hecho?

Se marcará con una (x) la respuesta afirmativa o negativa o si desconoce la víctima. De ser afirmativa la respuesta se indagará cuales sustancias. Se tomará en cuenta para la toma de muestras y los análisis a sugerir.

¿Recibió atención médica por los hechos de violencia? **(este dato no aplica para el formato de delitos contra la integridad sexual).**

Marcar con una (x) la respuesta afirmativa o negativa. En el caso que la respuesta sea afirmativa se deberá indicar en qué lugar se recibió la atención y el tipo de atención recibida (Ejemplo: clínica/quirúrgica/analgesia, entre otros).

ACÁPITE VI-A: ACCIONES DEL PRESUNTO AGRESOR EN EL HECHO VIOLENTO

Este acápite solo consta en el formato de delitos contra la integridad sexual.

Las preguntas que constan en este acápite deberán ser formuladas de acuerdo a la edad y con un lenguaje que la víctima entienda y que no genere revictimización:

Penetración⁵

Marque con una (x) si hubo o no penetración y si esta fue vaginal, anal y/u oral. Recuerde que en un solo acto pudo haber sido víctima de distintas penetraciones. Es necesario que se explique que la penetración se puede realizar con el miembro viril en erección o con cualquier objeto, dedos u órganos distintos al miembro viril.

Uso de condón

Marque con una (x) si el agresor usó o no condón, o no sabe.

Acciones

Refiera si hubo besos, tocamientos, mordeduras, frotamiento, uso de objetos, uso de dedos, uso de labios o lengua y si el agresor eyaculó marcando con una (x) la opción correspondiente y especificando. Es necesario que se explique en un lenguaje de fácil comprensión para la víctima cada uno de los términos a los que se refiere las acciones antes mencionadas.

ACAPITE VI-B: LA VÍCTIMA EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN MÉDICO LEGAL

Este acápite hace relación a la vestimenta, aseo y atención médica recibida por la víctima. La o el perito o profesional de la salud deberá preguntar a la víctima si está usando la ropa con la que se produjo el hecho de violencia o si se cambió de prendas pero trajo consigo las mismas o no. En el caso de indicar que si trajo consigo las prendas, se describirá el tipo de prendas con las siguientes características: del tipo de prenda (pantalón, brasier, calzón, camiseta, vestido, entre otros), marca, talla, color, impregnación o no de máculas, integridad o no de la prenda, entre los principales. Una vez recolectadas las prendas, la o el médico o profesional de la salud deberá iniciar la cadena de custodia, para lo cual llenará el documento correspondiente. Si la víctima señala que se ha cambiado de ropa y no ha traído las prendas consúltele si no las ha lavado y es posible que le entregue dicha evidencia.

⁵ El artículo 171 del Código Orgánico Integral Penal, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 180, de 10 de febrero de 2014 señala que es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril a una persona de cualquier sexo.

Es importante recordar que la o el médico o profesional de la salud es el custodio y responsable de las prendas entregadas por la víctima. En el caso de alteración o pérdida de éstas, será legalmente responsable. La cadena de custodia finaliza por orden de la autoridad competente.

Consúltele a la víctima si se ha bañado o si se ha aseado la región anal, la vagina o la boca, marque con una (x) la opción. Recuerde que usted deberá tomar hisopados de estas partes del cuerpo.

Pregúntele si ha recibido atención médica emergente por el hecho sufrido, en qué lugar recibió atención médica.

En los formatos de delitos contra la integridad sexual se consignará los casilleros de SI o NO relacionados a la administración de tratamiento específico relacionado a la profilaxis, tratamiento de ITS, VIH y anticoncepción de emergencia.

Recuerde: las prendas de vestir que se retenga para investigación, son indicios con los cuales el médico legista iniciará la cadena de custodia⁶.

ACÁPITE VII: DESCRIPCIÓN Y ESTADO GENERAL DE LA VÍCTIMA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN

Este acápite es el número VI en el formato de lesiones

En la observación clínica de la víctima se registrará: conciencia; estado de vigilia; orientación (tiempo, espacio y persona); memoria; concentración; comportamiento emocional (hiperactivo, atento, hostil, introvertido, indiferente, labilidad, llanto fácil, entre otros), comportamiento motriz (inquietud, rigidez motora, descoordinación, tics nerviosos); problemas del habla y lenguaje; nutrición; higiene general.

ACÁPITE VII-A: EXAMEN FÍSICO

Este acápite es el número VI-A en el formato de lesiones

La descripción del trauma se realizará en posición anatómica de la persona, de arriba hacia abajo, de adentro hacia afuera, de derecha a izquierda, tomando en cuenta la región topográfica. Se indicará el tipo de lesión, número, medida, ubicación, profundidad, data aproximada. En caso que la lesión está manipulada, indicar el tipo de manipulación que haya tenido. Dicha descripción será documentada con fotografías o gráficos, según sea el caso, teniendo en cuenta la no revictimización de la víctima.

Recuerde: Las fotografías deben reposar bajo custodia y reserva de las y los peritos o profesionales de la salud responsables. Solo serán remitidas a la autoridad competente.

Las regiones anatómicas de revisión que contempla este acápite son:

⁶ Resolución N°073 –FGE-2014 publicada en el Registro Oficial N°318 del 25 de agosto de 2014.

1. Cabeza

Se incluye cráneo y cara.

2. Cuello

Describe las caras anteriores laterales derecha – izquierda, y cara posterior.

3. Tórax

Anterior, posterior y laterales.

4. Mamas

En cuadrantes. Se debe colocar siempre el lado (derecho e izquierdo).

5. Abdomen

Hipocondrio derecho, hipocondrio izquierdo, epigastrio, flanco derecho, flanco izquierdo, mesogastrio, fosa iliaca derecha, fosa ilíaca izquierda, hipogastrio.

6. Regiones lumbares

Lado derecho – izquierdo.

7. Región glútea

Por cuadrantes. Se debe colocar siempre el lado (derecho e izquierdo).

8. Miembros superiores

Hombro, brazo, codos, antebrazo, muñecas, manos, uñas. Se debe colocar siempre el lado (derecho e izquierdo).

9. Miembros inferiores

Muslos, rodillas piernas, tobillo, pies. Se debe colocar siempre el lado (derecho e izquierdo).

10. Genitales

En el formulario de violencia contra la mujer y miembros del núcleo familiar y lesiones usted encontrará un casillero para descripción general denominado “*Genitales*” donde a la inspección determinará si existen o no lesiones o sangrado.

En el formulario de delitos contra la integridad sexual usted encontrará el detalle de los genitales externos en razón a la naturaleza del hecho de violencia sufrido:

Vulva

Coloración de la piel, revisar el Monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario.

Himen

Forma según el ostium himeneal; tipo dilatable o no dilatable

Recuerde: El término **HIMEN COMPLACIENTE**, NO EXISTE, NO LO UTILICE.

De haber desgarros indicar el estado y la posición de los mismos; de haber escotaduras indicar la posición de las mismas. Detallar además la presencia de signos macroscópicos de un proceso inflamatorio – reparación (edema, equimosis, presencia de tejido fibrótico).

Vagina

De haber lesiones indicar el estado de las mismas, el uso de espéculo vaginal será en víctimas que ameriten este procedimiento.

Recuerde: La introducción de un espéculo en la cavidad vaginal constituye un procedimiento invasivo excepcional, por lo cual se requiere del consentimiento expreso de la víctima. Por lo que, se recomienda utilizar en casos específicos como: hemorragia profusa, visualización/extracción de cuerpos extraños, entre otros.

Escroto

Palpar los testículos, indicar el estado de la piel, número de testículos, describir lesiones si existiera (edema, hematomas, equimosis, eritema).

Pene

Detallar lesiones o secreciones si se evidencian.

Periné

Detallar lesiones si se evidencian.

Región anal

Revisar y describir piel (presencia cicatrices o desgarros), pliegues, tono de esfínter anal externo.

Recuerde: La revisión física comprende la inspección, palpación, percusión, auscultación y no se limita a los datos referidos por la víctima. Tómese el tiempo necesario para realizar una revisión completa, metódica e integral.

ACÁPITE VIII: MUESTRAS RECOGIDAS Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

Este acápite es el número VII en el formato de lesiones

Obtención de Fluidos biológicos (este dato solo aplica para el formato de delitos contra la integridad sexual)

Se detallará el tipo de fluido biológico recogido (sangre, orina, otros). En el casillero denominado “Observación” especifique: la cantidad, el tipo de envase primario, el tipo de análisis sugerido para esas muestras correlacionado al relato de la víctima y el examen físico.

Hisopados / Frotis

Establecer la región anatómica y el número de hisopos tomados en la valoración médico legal, así también, los análisis sugeridos con esas muestras. Los análisis sugeridos estarán relacionados al relato de la víctima y al examen físico.

Elementos pilosos

Se refiere a todo elemento como vellos o cabello de la superficie corporal que no corresponden a la víctima pero que son encontrados en su cuerpo.

Recoja los elementos pilosos pertinentes con los hechos relatados por la víctima y las evidencias que apoyen a la investigación fiscal para la identificación de sospechosos y circunstancias del hecho.

La o el perito o profesional de la salud elaborará una acta de cadena de custodia por cada una de las muestras tomadas en el procedimiento médico legal y pondrá en conocimiento del fiscal que dispuso la valoración a través del informe pericial, con el objetivo de que, siendo responsable de la investigación preprocesal o procesal penal, sea quien disponga el traslado y análisis en el laboratorio correspondiente.

Análisis de documentos

Refiera los documentos tales como certificados médicos, historias clínicas, imágenes de las víctimas u otros que sean pertinentes para la formulación de conclusiones.

ACÁPITE IX: ESTUDIOS SUGERIDOS

Este acápite es el número VIII en el formato de lesiones

Elija con una (x) los estudios que sugiere son necesarios para que el fiscal disponga, especificando el número las muestras recogidas.

En el formato de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar y en el de lesiones, los casilleros: “*muestras recogidas y análisis de documentos*” y “*estudios sugeridos*” facultan al perito o profesional de la salud a tomar muestras, solicite inter consultas y análisis de laboratorio para establecer el tiempo de daño, enfermedad o incapacidad.

Por ejemplo: en caso de existir lesiones o sangrado en genitales se derivará o referirá, según el caso, a una casa de salud para valoración clínica y realización de exámenes complementarios. Con el certificado médico correspondiente, se puede ratificar o ampliar el tiempo antes establecido.

ACÁPITE X: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo del examen médico es evidenciar las huellas, secuelas y signos físicos así como las consecuencias del daño causado.

En este acápite se expresa las conclusiones médico legales basadas en el examen físico y documentación presentada, quedando demostrado de forma técnica científica el peritaje.

Recuerde: Sus conclusiones no pueden incluir percepciones propias sobre el hecho. Por ejemplo: no determine la existencia de un delito. La tipificación del hecho es competencia de las y los fiscales mientras que la determinación de la culpabilidad es de las y los jueces.

En este casillero, se sugiere detallar los siguientes datos:

De interés médico legal

Edad: (prioridad si corresponde a un niño, niña, adolescente o adulto mayor).

Signos de atención médica: hospitalización, intervención quirúrgica que tengan relevancia con el hecho.

Descripción de lesiones

Especifique el mecanismo que produjo la lesión. Por ejemplo: acción traumática por objeto contundente; acción punzo cortante por instrumento con punta y borde filo; acción cortante de un instrumento con borde filo; acción deslizante de instrumento con borde aristado; acción traumática por penetración de proyectil de arma de fuego; acción térmica de instrumento a elevada temperatura en contacto con la piel; penetración de cualquier objeto en forma reciente o antigua; entre otros. Recuerde que esta descripción será fundamental para comprender las circunstancias del hecho y las relaciones de poder implícitas en el daño sufrido.

Determinación de daño, enfermedad o incapacidad

Se debe determinar en días el tiempo que requiere la víctima para la recuperación biológica primaria de la lesión sufrida. La o el médico está en la obligación de señalar las complicaciones o secuelas que pueden presentarse.

Su labor en las valoraciones médico legales de víctimas que sufren daño a su integridad física y/o sexual consiste en determinar, **el daño, la enfermedad o la incapacidad** que sufre la víctima conforme lo establece el Código Orgánico Integral Penal en sus artículos 152 y 159.

La definición doctrinaria de Lesión o daño corporal⁷, es toda alteración anatómica o funcional causada por agentes externos, y desde un punto de vista médico-legal toda alteración física, mental o psíquica, causada por agentes mecánicos, físicos,

⁷ Gisbert Calabuig /Medicina Legal y Toxicología; 2006

químicos o biológicos, derivados de una causa exógena, tenga o no carácter doloso.

La OMS define enfermedad como la alteración de cualquier orden bio-psico-social, que represente sufrimiento al individuo (Cit. Peña y Paco, 2002, p. 230).

La Incapacidad médico legal es el tiempo que un perito o profesional de la salud determina teniendo en cuenta la gravedad de la lesión y lo que tarda el tejido en lograr su reparación biológica primaria.

Los días de incapacidad médico legal difieren con los días de reposo médico para el trabajo. En el primer caso se toma en cuenta diversos criterios, como el orientar y facilitar a los operadores de justicia (fiscales y jueces) la tipificación jurídica de los delitos por lesiones y la emisión de un informe donde se acredita los hallazgos evidenciados por el médico legista. En el segundo caso, el médico considera factores clínicos como el diagnóstico, tratamiento y el periodo de descanso médico.

Aquellas lesiones que provoquen a más del daño corporal una enfermedad que supere los tres días para su recuperación, obliga al médico a establecer el tiempo de incapacidad conforme la normativa penal vigente.

Aquellas lesiones que provocan un daño corporal sin enfermedad, pero visibles en una región anatómica específica de la víctima, obliga al médico a establecer una incapacidad que no pase de tres días.

El dolor, siendo un síntoma (no demostrable ni cuantificable) que no puede evidenciarse en huellas internas y externas de agresión física, no se tomará en cuenta para la determinación de tiempo de incapacidad.

De ser el caso deberá detallar el riesgo vital por la región anatómica lesionada o el riesgo por el instrumento utilizado para producir las lesiones evidenciadas.

Es importante también, detallar las muestras tomadas durante el examen médico, los análisis sugeridos en esas muestras, y especificar que se conservan bajo cadena de custodia, en espera de disposición fiscal para traslado y análisis en el laboratorio correspondiente.

Solicitar los exámenes complementarios y las interconsultas de especialidad clínica que amerite la víctima para establecer diagnósticos, tratamientos y pronósticos.

Indique si a la víctima la refirió o derivó a una casa de salud para que sea atendida por un especialista clínico, si evidenció quebranto en su salud.

Detalle los anexos presentados con el informe pericial como certificados médicos, placas de imagen, copias de historia clínica, entre otros.

Recomiende las valoraciones periciales que, desde el punto de vista médico legal, sean de aporte en la investigación. Sugerir la realización de otros peritajes tales como valoración psicológica y entorno social.

Si usted ha detectado temor, amenaza, intimidación o cualquier señal de riesgo comuníquela de inmediato al administrador de la unidad y a la autoridad que solicitó la pericia. Consigne en el formato esta detección y la gestión realizada.

Integridad física

Constituye no haber evidenciado lesiones durante el examen médico legal.

Recuerde: No puede hacer juicios de valor.

Cada formato contiene gráficos que le permiten a la o el perito o profesional de la salud identificar la región anatómica en la que evidenció lesiones.

Se concluye el formato médico legal, consignando los siguientes datos:

FIRMA

Se colocará la firma de la o el perito o profesional de la salud que realizó el examen médico, de la misma manera que está registrada en su cedula de ciudadanía, acompañada de los siguientes datos:

- Nombres y apellidos completos.
- Número de acreditación de perito asignado por el Consejo de la Judicatura o Número de registro en el Ministerio de Salud Pública.
- Correo electrónico.

BIBLIOGRAFÍA

- Constitución de la República del Ecuador
- Código Orgánico Integral Penal
- Consejo de la Judicatura (2014) Reglamento del Sistema Pericial Integral de la Función Judicial. Resolución 040-2014 Consejo de la Judicatura.
- Ley Orgánica de Salud
- Ley Orgánica de Discapacidades
- Ley de Seguridad Social
- Resolución 073-FGE-2014 (Registro Oficial N°318 del 25 de agosto de 2014)
- INEC (2012) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos y Rurales –ENIGHUR– 2011-2012. Documento electrónico <http://bit.ly/1IH47bY> visitado el 6 de julio de 2015.
- OMS. Documento electrónico <http://bit.ly/1vVLvOZ> visitado el 6 de julio de 2015.
- Peña, Adolfo; Paco, Ofelia. El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Primera parte Anales de la Facultad de Medicina, vol.

63, núm. 3, 2002, pp. 223-232 Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Lima, Perú.

Ficha técnica del documento

34 Páginas

11.01.2018.

Razón: Siento por tal que el anexo 7 que antecede forma parte integrante de la Resolución 108A-2018, expedida por el Pleno del Consejo de la Judicatura, el veintiuno de noviembre de dos mil dieciocho.


Abg. Jessica Priscila Yungaicela Jiménez Mgs.
Secretaria General del Consejo de la Judicatura



**CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR**



REGISTRO OFICIAL®
ORGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR



CEP
CORPORACIÓN
DE ESTUDIOS Y PUBLICACIONES



LA CORTE CONSTITUCIONAL INFORMA A LA CIUDADANÍA EN GENERAL QUE SE HA SUSCRITO UN CONVENIO CON LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS Y PUBLICACIONES A QUIENES SE AUTORIZA PARA HACER USO DE LOS DERECHOS DE AUTOR Y USO DE LA MARCA REGISTRADA "REGISTRO OFICIAL"