# INFORME MÉDICO DE LESIONES

**EN EL CONTEXTO DE VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS**

En (ciudad) , Región de Chile, a (día) de (mes) de

20 , siendo las horas, se procede a recibir los antecedentes y examinar a:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS PERSONALES** | | | |
| Nombre legal: | | Nombre social: | |
| Fecha de  Nacimiento: | Edad: | RUT: | Teléfono: |
| Dirección: | | Comuna: | |
| Nacionalidad: | | Previsión: | |
| Estudios: | | Actividad: | |
| Identidad de Género: | | Etnia: | |
| Acompañante: | | | |

|  |
| --- |
| **2. MOTIVO DE CONSULTA** |
| **VULNERACIÓN DE DERECHOS Y/O LESIONES Y/O TORTURA INFERIDOS POR FUNCIONARIOS PÚBLICOS** |

|  |
| --- |
| **3. ANTECEDENTES MÓRBIDOS RELEVANTES** |
| *(pregunte por uso de fármacos, enfermedades crónicas, discapacidad previa, patología psiquiátrica de base, considere trauma transgeneracional)* |

|  |
| --- |
| **4. RELATO DEL PACIENTE (ANAMNESIS)** |
| *(Indagar dirigidamente al menos fecha, hora aproximada, lugar de ocurrencia, contexto, institución que vulnera, agresiones sufridas, si constató lesiones donde y como constató -funcionario policial dentro del box, acceso al abogado o familiares, etc-, presencia de testigos)*  El paciente refiere que: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. ¿CONSIDERA QUE LAS AGRESIONES SUFRIDAS SE RELACIONAN A HABER SIDO DISCRIMINADO POR ALGUNA DE**  **ESTAS CAUSAS?:** *(Pregunta directa al paciente, marque las que correspondan)* | | | | | |
| Género |  | Orientación Sexual |  | Edad |  |
| Raza/Etnia/Nación |  | Estrato social/NSE |  | Ideología/filiación política |  |
| Apariencia física |  | Discapacidad/Estado de salud |  | Religión o credo |  |
| Me confundieron con otra persona |  | Tengo antecedentes penales |  | Otros: |  |

|  |
| --- |
| **6. EXAMEN FÍSICO Y MENTAL FOCALIZADO** |
| *(describir detalladamente la ubicación y tipo de lesiones físicas, indagar dirigidamente síntomas psíquicos)* |

|  |
| --- |
| **7. DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y MÉDICO LEGAL** |
| *(puede agrupar lesiones por superficie o severidad, según recuperabilidad/incapacidad laboral)* |

8. LAS LESIONES (FÍSICAS Y MENTALES) OCASIONARÁN AL LESIONADO ENFERMEDAD Y/O INCAPACIDAD PARA EL

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TRABAJO POR** | | | | | | | |
| Leves  (<15 días) |  | Menos graves  (15-30 días) |  | Graves  (>30 días) |  | Graves gravísimas  (permanentes) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9. APRECIACIÓN CLÍNICA** | | | | | |
| LAS LESIONES SON CONCORDANTES CON EL RELATO | Si |  | No |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. MÉTODO DEL DIAGNÓSTICO** | | | | | | | | |
| Historia clínica  (anamnesis) |  | Examen  físico |  | Imagenología |  | Laboratorio |  | Otros: |

**11. PRINCIPALES INDICACIONES Y DERIVACIONES QUE REQUIERE** *(Interconsultas):*

|  |  |
| --- | --- |
| **12. EVIDENCIA** *(adjuntar como anexos)* | |
| Fotografía(s): No Si Nº: | Video(s) : No Si Nº: |
| DAU: No Si Nº:  Otra: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13. **IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO CONSTATADOR** | |
| NOMBRE  MÉDICO: | NOMBRE  MIEMBRO ADJUNTO: |
| RUT/RCM: | RUT: |
| FIRMA: | FIRMA: |

\*Adaptación de Dra. Javiera Corbalán Pössel. Unidad de Derechos Humanos Valdivia.

**Basado en Formato de Constatación de Lesiones Genérico (Dpto. DDHH COLMED 2019), Formato 2018 Constatación de Lesiones (Depto. DDHH COLMED), *Elaboración del informe médico de lesiones*. Bórquez V, Rev Med Chile 2012;140:386-389, *Elaboración del informe médicolegal de lesiones odontológico:recomendaciones para el odontólogo*. Int. J. Odontostomat., 13(3):350-356, 2019, Norma Técnica 149 sobre estándares de información de salud, Ministerio de Salud, Código Penal, Ministerio de Justicia, Ley 20968 Delitos de Tortura y de Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes, Ministerio de Justicia.**