

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. NUMERO DE RADICACIÓN DEL CASO: _____

2. FECHA: _____
 AAAA MM DD Hora (formato 24 horas)

3. DATOS DE LA AUTORIDAD SOLICITANTE:

INSTITUCIÓN: _____ OFICIO No: _____

NOMBRE: _____ CARGO O CALIDAD: _____

4. NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN SE LE REALIZA EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) FORENSE(S): _____ 5. SEXO: _____
 _____ F__ M__
 Nombres Primer Apellido Segundo apellido

6. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL EN CASO DE REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN MENORES O PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD MENTAL O COGNITIVA):

_____ Nombres Primer Apellido Segundo apellido

CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN OTORGA EL CONSENTIMIENTO:

Yo, _____ una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos para el proceso judicial o administrativo, y las consecuencias posibles que se derivarían de la negativa para realizarlos, así como de las posibles complicaciones que puedan derivarse del procedimiento a realizar, otorgo en forma libre mi consentimiento. **Si** **No**

A: _____
Nombre de la Entidad que realiza el procedimiento

para la realización de los procedimientos forenses de:

_____ *Consignar el (los) tipo(s) de procedimiento(s) a realizar*

quienes se comprometen a mantener la confidencialidad de la información obtenida de acuerdo con lo establecido en la Ley.

II. AUTORIZACIÓN DE LA PRESENCIA DE PERSONAS EN ENTRENAMIENTO FORENSE DURANTE EL PROCEDIMIENTO (Si aplica).

Autorizo la presencia de las siguientes personas en entrenamiento forense durante la realización del (los) procedimiento(s) antes mencionados:

III. AUTORIZACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS Y OTROS: Autorizo realizar, como parte de los procedimientos forenses:

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	La toma de muestra de sangre.
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	La toma de otras muestras biológicas o fluidos corporales.
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	La toma de radiografías.
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	La toma de impresiones dentales.
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	La toma de registros de mordida.
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Registro fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen.
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Registro en video.
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	OTROS: Especifique:

IV. AUTORIZACIÓN DE USO DE MATERIAL E INFORMACIÓN CON FINES ACADÉMICOS:

Autorizo el uso del material obtenido y de la información derivada, con fines académicos, en el marco del respeto de la dignidad humana y garantizando mi anonimato. **Si**__ **No**__

V. AUTORIZACIÓN DE USO DE MATERIAL EN ESTUDIOS GENÉTICOS POBLACIONALES (Si aplica)

Autorizo la utilización de mi perfil genético, desligado de mis datos personales (nombre y otros datos individualizantes), como información anónima en estudios genéticos poblacionales. **Si** **No**

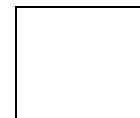
OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____

Documento de Identidad: _____ No _____



EXAMINADO



QUIEN AUTORIZA

