

PROTOCOLLO

SANITARIO

D/D.^a, Médico,
colegiado/a en con el n.º
con ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo)
.....
.....
.....

PARTICIPA A V.I.: que en el día de hoy, a las horas, he atendido en
(Consultorio, Centro de Salud, Hospital, denominación del centro y lugar de tra-
bajo, localidad, calle
.....
.....
a D/D.^a; de años;
con domicilio en (calle y número);
Código Postal y Localidad;
Provincia; Teléfono, y
le **REMITE** el informe médico por presuntos malos tratos, que se acompaña.

Fecha y firma:

ILMO/A. SR/A. JUEZ DE

INFORME MÉDICO POR MALOS TRATOS (*)

1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:

- Nombre y apellidos:
- Sexo: Mujer Hombre
- Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___
- Estado civil:
- Dirección:
- Teléfono de contacto:

2. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA: (Reflejar fecha, hora y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: (En relación con las lesiones).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(*) Corresponde a los Servicios de Salud facilitar impresos de este informe médico a los centros y servicios públicos, y a las Administraciones Sanitarias difundirlos para su utilización en los centros privados. Se recomienda editar estos modelos en hojas autocopiativas por triplicado ejemplar (para el Juzgado, para la historia clínica y para la interesada/o).

7. DIAGNÓSTICO:

.....
.....
.....
.....

8. TRATAMIENTO:

.....
.....
.....
.....
.....

9. PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha y firma: