

**INFORME MÉDICO POR PRESUNTA  
VIOLENCIA DOMÉSTICA (ADULTOS)**

ILMO/A SR/A MAGISTRADO/A - JUEZ DE GUARDIA DE \_\_\_\_\_

---

### 1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: / / Sexo  Mujer  Hombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Viene acompañada por: \_\_\_\_\_

País de origen:  España  Norteamérica  Otro país de la Unión Europea  Norte de África  Europa del Este  Resto de África  Centro y Sudamérica  Asia

Nivel de estudios:  Sin estudios  Primarios  Secundarios  Universitarios

Estado civil:  Soltera/o  Casada/o/pareja de hecho  Viuda/o  Separada/o/divorciada/o

Trabajo remunerado:  Sí  No

Embarazada:  Sí  No

### 2. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA

Fecha: / / Hora: / /

Lugar: \_\_\_\_\_

Tipo de daño:  Físico  Psíquico  Sexual

Lesión/daño producido por: Físico  Arma blanca u objeto punzante  Arma de fuego  Objetos contundentes  Partes del cuerpo del agresor  Otro (especificar) Psíquico  Insultos/Menosprecios  Amenazas de muerte  Impedimento relaciones sociales  Persecución y acoso  Otro (especificar)

### 3. REFIERE ANTECEDENTES DE MALOS TRATOS

No  Sí:  Físico  Psicológico  Sexual  Otro: \_\_\_\_\_

### 4. ESTADO EMOCIONAL ACTUAL: (actitud de la víctima, síntomas emocionales)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. EXPLORACIÓN FÍSICA (marcar con una cruz)

	Equimosis	Hematoma	Erosión	Herida superfic.	Herida profund.	Quemadura	Esguince Luxación	Fractura	Lesión visceral	Otra Especificar
Cráneo										
Oído										
Nariz										
Mejillas										
Labios										
Cavidad bucal										
Cuello										
Hombros										
Brazos										
Manos										
Tórax										
Abdomen										
Espalda										
Genitales										
Glúteos										
Piernas										
Pies										

Descripción de las lesiones, sin olvidar aportar datos que permitan datar la lesión \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COMPLEMENTARIAS (varias opciones posibles)

Analítica  Rx  Ecografía  Otras (especificar) \_\_\_\_\_

### 7. TRATAMIENTO:

Ningún tratamiento específico  Curas locales  Farmacológico  Quirúrgico

### 8. VALORACIÓN FINAL: (Juicio diagnóstico con pronóstico de gravedad. Daño psíquico con pronóstico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 9. PLAN DE ACTUACIÓN: Derivación a:

Domicilio  Centro de Atención Primaria  Especialista  Otro (especificar)  Hospital:  Ha requerido ingreso  No ha requerido ingreso

### 10. OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DATOS DEL FACULTATIVO/A

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ N° colegiado \_\_\_\_\_

Lugar del reconocimiento (institución): \_\_\_\_\_

Fecha: / / Hora: / /

### Firma del facultativo/a:

**INFORME MÉDICO POR PRESUNTA  
VIOLENCIA DOMÉSTICA (ADULTOS)**

### 1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: / / Sexo  Mujer  Hombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Viene acompañada por: \_\_\_\_\_

- País de origen:  España  Norteamérica  Otro país de la Unión Europea  Norte de África  Europa del Este  Resto de África  Centro y Sudamérica  Asia

- Nivel de estudios:  Sin estudios  Primarios  Secundarios  Universitarios

- Estado civil:  Soltera/o  Casada/o/pareja de hecho  Viuda/o  Separada/o/divorciada/o

- Trabajo remunerado:  Sí  No

- Embarazada:  Sí  No

### 2. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA

Fecha: / / Hora: / /

Lugar: \_\_\_\_\_

- Tipo de daño:  Físico  Psíquico  Sexual

- Lesión/daño producido por: Físico  Arma blanca u objeto punzante  Arma de fuego  Objetos contundentes  Partes del cuerpo del agresor  Otro (especificar) Psíquico  Insultos/Menosprecios  Amenazas de muerte  Impedimento relaciones sociales  Persecución y acoso  Otro (especificar)

### 3. REFIERE ANTECEDENTES DE MALOS TRATOS

- No  Sí:  Físico  Psicológico  Sexual  Otro: \_\_\_\_\_

### 4. ESTADO EMOCIONAL ACTUAL: (actitud de la víctima, síntomas emocionales)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. EXPLORACIÓN FÍSICA (marcar con una cruz)

	Equimosis	Hematoma	Erosión	Herida superfic.	Herida profund.	Quemadura	Esguince Luxación	Fractura	Lesión visceral	Otra Especificar
Cráneo										
Oído										
Nariz										
Mejillas										
Labios										
Cavidad bucal										
Cuello										
Hombros										
Brazos										
Manos										
Tórax										
Abdomen										
Espalda										
Genitales										
Glúteos										
Piernas										
Pies										

Descripción de las lesiones, sin olvidar aportar datos que permitan datar la lesión \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COMPLEMENTARIAS (varias opciones posibles)

- Analítica  Rx  Ecografía  Otras (especificar) \_\_\_\_\_

### 7. TRATAMIENTO:

- Ningún tratamiento específico  Curas locales  Farmacológico  Quirúrgico

### 8. VALORACIÓN FINAL: (Juicio diagnóstico con pronóstico de gravedad. Daño psíquico con pronóstico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 9. PLAN DE ACTUACIÓN: Derivación a:

- Domicilio  Centro de Atención Primaria  Especialista  Otro (especificar)  Hospital:  Ha requerido ingreso  No ha requerido ingreso

### 10. OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DATOS DEL FACULTATIVO/A

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ N° colegiado \_\_\_\_\_

Lugar del reconocimiento (institución): \_\_\_\_\_

Fecha: / / Hora: / /

### Firma del facultativo/a:

**INFORME MÉDICO POR PRESUNTA  
VIOLENCIA DOMÉSTICA (ADULTOS)**



## INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN

El informe debe ser cumplimentado por el facultativo/a que atienda a la víctima y consta de cuatro ejemplares. El original servirá como documento médico-legal para comunicar a la Autoridad Judicial cualquier lesión que pueda ser constitutiva de una falta o delito de lesiones y se remitirá en sobre cerrado al juzgado de guardia. Las tres copias restantes serán para el centro donde se atiende a la víctima, para la interesada y para la administración, respectivamente. La copia para la administración deberá remitirse por correo postal desde el centro sanitario que realiza la asistencia, al Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. Dirección General de Salud Pública. C/ Micer Mascó 31. 46010 Valencia.

La mayoría de los apartados del informe están diseñados con respuestas cerradas, representadas por un recuadro, que deberá marcarse en su caso con una cruz. Únicamente deberá escribir en aquellos apartados que van seguidos de una línea punteada (nombre y apellidos, dirección, teléfono y acompañante de la víctima, estado emocional, etc.).

**DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:** Recoge la información necesaria de la víctima y se amplía con los datos de su acompañante. En aquellos centros sanitarios en los que se disponga de pegatinas con los datos identificativos del paciente, podrán ser utilizados en este apartado, completándolo con los que no figuran en la pegatina.

**ESTADO EMOCIONAL ACTUAL:** El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Ésta puede ser un gran indicador de lo sucedido, por ejemplo: una mujer maltratada puede mostrarse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, apática, inexpresiva ...Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de el/la paciente.

**DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES:** Es importante que las lesiones se describan de manera detallada en cuanto a tipo, forma, dimensión, color y localización, con lo cual se facilitará su data. Con esta finalidad se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, como prueba de habitualidad o reiteración.

El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, síndrome de estrés postraumático.

**VALORACIÓN FINAL:** Indicar si el pronóstico es o no es vital, diferenciando el nivel de gravedad: Muy leve – Leve – Grave – Muy grave

## INFORME MÉDICO POR PRESUNTA VIOLENCIA DOMÉSTICA (ADULTOS)

### ACTUACIONES A EMPRENDER ANTE MALOS TRATOS O SOSPECHA DE AGRESIONES DOMÉSTICAS

- Atención preferente a la víctima y reconocimiento médico completo.
- Relato pormenorizado de los hechos y valoración precisa de las lesiones y daños de la agresión, cumplimentando este “Informe Médico en el Supuesto de Violencia Doméstica (adultos)”. El informe médico es un documento esencial para la actuación judicial.
- Derivar al trabajador/a social del centro sanitario.
- Llamar al Centro Mujer 24 Horas de la provincia, directamente o a través del trabajador/a social.
- Asesoramiento a la víctima sobre sus derechos y sobre las medidas sociales y de protección.
- Entregar a la víctima una copia del informe médico, firmada y sellada, informándole que debe acudir con él (preferiblemente acompañada de testigos) al Centro Mujer 24 Horas, al juzgado, cuartel de la guardia civil o comisaría de policía.
- Remisión del informe médico de malos tratos al juzgado de Instrucción competente, a través de la dirección del centro o de la Policía y Fuerzas de Seguridad, dejando copia en la historia clínica.

### 1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: / / Sexo  Mujer  Hombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Viene acompañada por: \_\_\_\_\_

País de origen:  España  Norteamérica  Otro país de la Unión Europea  Norte de África  Europa del Este  Resto de África  Centro y Sudamérica  Asia

Nivel de estudios:  Sin estudios  Primarios  Secundarios  Universitarios

Estado civil:  Soltera/o  Casada/o/pareja de hecho  Viuda/o  Separada/o/divorciada/o

Trabajo remunerado:  Sí  No

Embarazada:  Sí  No

### 2. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA

Fecha: / / Hora: / /

Lugar: \_\_\_\_\_

Tipo de daño:  Físico  Psíquico  Sexual

Lesión/daño producido por: Físico  Arma blanca u objeto punzante  Arma de fuego  Objetos contundentes  Partes del cuerpo del agresor  Otro (especificar) Psíquico  Insultos/Menosprecios  Amenazas de muerte  Impedimento relaciones sociales  Persecución y acoso  Otro (especificar)

### 3. REFIERE ANTECEDENTES DE MALOS TRATOS

No  Sí:  Físico  Psicológico  Sexual  Otro: \_\_\_\_\_

### 4. ESTADO EMOCIONAL ACTUAL: (actitud de la víctima, síntomas emocionales)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. EXPLORACIÓN FÍSICA (marcar con una cruz)

	Equimosis	Hematoma	Erosión	Herida superfic.	Herida profund.	Quemadura	Esguince Luxación	Fractura	Lesión visceral	Otra Especificar
Cráneo										
Oído										
Nariz										
Mejillas										
Labios										
Cavidad bucal										
Cuello										
Hombros										
Brazos										
Manos										
Tórax										
Abdomen										
Espalda										
Genitales										
Glúteos										
Piernas										
Pies										

Descripción de las lesiones, sin olvidar aportar datos que permitan datar la lesión \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COMPLEMENTARIAS (varias opciones posibles)

Analítica  Rx  Ecografía  Otras (especificar) \_\_\_\_\_

### 7. TRATAMIENTO:

Ningún tratamiento específico  Curas locales  Farmacológico  Quirúrgico

### 8. VALORACIÓN FINAL: (Juicio diagnóstico con pronóstico de gravedad. Daño psíquico con pronóstico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 9. PLAN DE ACTUACIÓN: Derivación a:

Domicilio  Centro de Atención Primaria  Especialista  Otro (especificar)  Hospital:  Ha requerido ingreso  No ha requerido ingreso

### 10. OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DATOS DEL FACULTATIVO/A

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ N° colegiado \_\_\_\_\_

Lugar del reconocimiento (institución): \_\_\_\_\_

Fecha: / / Hora: / /

### Firma del facultativo/a: