



INFORME DE INVESTIGACIÓN

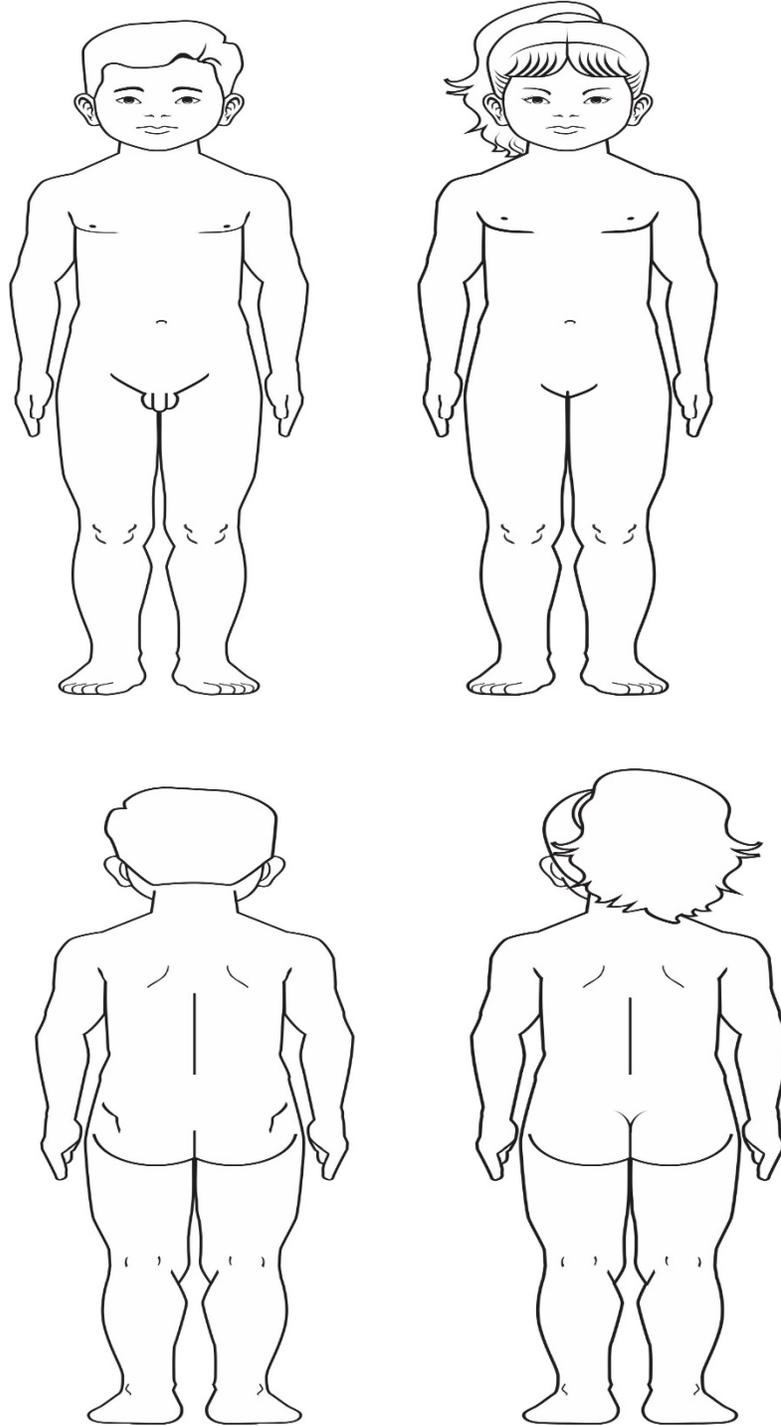


EXPEDIENTE DE INVESTIGACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN			
Número de Querella	Delito	Fecha de los Hechos	Hora (AM) (PM)
Lugar de los Hechos			
Agente Interventor	Placa	Distrito/Precinto	Teléfono
Agente Investigador		Placa	
DATOS GENERALES PERJUDICADO			
Nombre Legal de la Víctima		Nombre Preferido	Género
Fecha de Nacimiento	Edad	Licencia de Conducir	Últimos Cuatro Dígitos del SS
Dirección Física			
Dirección Postal			
Teléfono	Celular	Nivel de Escolaridad	Raza
Nacionalidad	Estado civil	Relación/Imputado	Cantidad de Agresores
Ocupación	Pertenece a las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lugar de Trabajo	
Condición Física o mental (si aplica)			
Dirección del trabajo:		Teléfono del trabajo:	
DATOS GENERALES QUERELLANTE O REPRESENTANTE DEL PERJUDICADO			
Nombre del Querellante		Nombre Preferido	Género
Fecha Nacimiento	Edad	Licencia de Conducir	Últimos Cuatro Dígitos del SS
Dirección Física			
Dirección Postal			
Teléfono	Celular	Nivel de Escolaridad	
Nacionalidad	Estado Civil	Relación/Imputado	
Ocupación		Lugar de Trabajo	
Dirección del Trabajo		Teléfono del Trabajo	

SOSPECHOSO <input type="checkbox"/> ADULTO <input type="checkbox"/> MENOR					
Nombre Legal del Sospechoso		Nombre Preferido		Género:	Lugar de Nacimiento:
Fecha Nacimiento	Edad	Licencia de Conducir		SS	
Dirección Física			Dirección Postal		
Teléfono		Celular		Nivel de Escolaridad	
Nacionalidad		Estado Civil		Relación/Imputado	
Ocupación	Pertenece a las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Lugar de Trabajo		
Dirección del Trabajo			Teléfono del Trabajo		
DESCRIPCIÓN DEL SOSPECHOSO					
Estatura	Peso	Tono de Voz	Tez	Género	
Barba	Bigote	Tatuaje			
Herida o Cicatriz			Ojos	Cabello	Acento
Vestimenta					
ESCENA					
Fecha de los Hechos	Hora	Técnico de Escena		Placa	
Evidencia <input type="checkbox"/> Rape kit <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Vestimenta _____ <input type="checkbox"/> Fotos _____ Cantidad					
HOSPITAL					
Nombre del Hospital			Dirección del Hospital		
Teléfono	Fecha Llego La Víctima	Hora	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado		
Nombre Acompañante		Relación		Teléfono	
Nombre del Enfermero		Licencia	Trabajador Social		Licencia
Doctor		Licencia	Turno de Trabajo		
Hallazgo					
Rape Kit <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha Recogido	Hora	Información Adicional		
Nombre del Laboratorio		Técnico	Núm. de Control		
Fecha Entregado			Hora Entregado		
REFERIDO DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA					
Nombre del Técnico		Número de Referido		Local	
Teléfono		Fecha		Hora	

Diagrama



Penetración de Vagina	SI	No	Intento	No seguro	Describir
Pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Objeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Penetración Anal	SI	No	Intento	No seguro	Describir
Pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Objeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Copulación Oral Genital	Si	No	Intento	No seguro	Describir
Acusado a Víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Víctima a Acusado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Copulación Oral Anal	Si	No	Intento	No seguro	Describir
Acusado a Víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Víctima a Acusado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Actos no Genitales	Si	No	Intento	No seguro	Describir
Golpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Beso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lesión de Succión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mordida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Estrangulación/Asfixia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otros Actos:					
Hubo Eyaculación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce					
SI HUBO EYACULACIÓN					
<input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Otra Área: _____ <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Área del cuerpo <input type="checkbox"/> Genitales <input type="checkbox"/> En la ropa <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> En la cama					
CONTRACEPTIVO O PRODUCTOS LUBRICANTES					
Contraceptivo/Lubricante	Sí	No	Se Desconoce	Describir	
Uso Condón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Uso Lubricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otros Contraceptivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nombre del agente investigador			Firma		Fecha
Supervisor			Firma		Fecha