|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**  **1. NÚMERO 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  **CONTENIDODELCONSENTIMIENTOINFORMADO I.IDENTIFICACIÓN DE QUIEN OTORGA EL CONSENTIMIENT**O: 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 de los procedimientos antes mencionados :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **III.** AUTORIZACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS Y OTROS: Autorizo realizar, como parte de los procedimientos forenses:  **Si \_\_\_\_ No \_\_\_** La toma de muestra de sangre.  **Si \_\_\_\_ No \_\_\_** La toma de otras muestras biológicas o fluidos corporales.  **Si \_\_\_\_ No \_\_\_** La toma de radiografías.  **Si \_\_\_\_ No \_\_\_** La toma de impresiones dentales.  **Si \_\_\_\_ No \_\_\_** La toma de registros de mordida.  **Si \_\_\_\_ No \_\_\_** Registro fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen.  **Si \_\_\_\_ No \_\_\_** Registro en vídeo.  **Si \_\_\_\_ No \_\_\_** OTROS: Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **IV. AUTORIZACIÓN DE USO DE MATERIAL E INFORMACIÓN CON FINES ACADÉMICOS:**  Auto 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.** AU **V. AUTORIZACIÓN DE USO DE MATERIAL EN ESTUDIOS GENETICOS 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**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **HUELLA INDICE DERECHO** Declaro que he entendido el presente documento y como constancia de ello firmo  **FIRMA** **EXAMINADO En todos los casos \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento de Identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **QUIEN AUTORIZA** (**Si se trata de menores y/o discapaces) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *Resolución 000913 de noviembre 16 de 2011, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias* |