|  |  |
| --- | --- |
| **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* |