Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

NOTIFICACIÓN DEL CASO MEDICO LEGAL

No. DE FOLIO:_____

No. DE EXPEDIENTE CLÍNICO: _____

C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO ADSCRITO A:_____

Por este conducto, para todos los efectos a que haya lugar, me permito hacer de su conocimiento que siendo las _____ horas del día_____ del mes de_____ del año de _____fue presentado en

_____
(Unidad médica de que se trata)

persona que responde al nombre de:

_____
(Apellido Paterno) *(Apellido Materno)* *(Nombre o Nombres)*

de_____ años de edad, de sexo Masculino: _____Femenino:_____, quien según las manifestaciones hechas, tiene su domicilio en_____
(Calle) *(Número)*

_____
(Colonia) *(Localidad / Municipio)* *(Entidad Federativa)* *(Código Postal)*

y con número telefónico_____

Y que, según la valoración realizada, con los elementos de diagnóstico de que se dispuso, presentó:

( ) lesiones que no ponen en peligro la vida.
( ) lesiones que tardan en sanar un tiempo no mayor a quinde días.
( ) lesiones que tardan en sanar más de quince días.
( ) lesiones que dejan cicatriz notable en la cara, cuello o pabellones auriculares.
( ) lesiones que producen menoscabo de función u órgano.
( ) lesiones que producen pérdida de función orgánica o de un miembro u ojo.
( ) lesiones que causan deformidad incorregible o incapacidad permanente para trabajar.
( ) lesiones que causan sordera, ceguera, impotencia o pérdida de facultades mentales.
( ) lesiones que ponen en peligro la vida.
( ) Otros, especificar_____

A continuación se detalla el estado del paciente y la localización y gravedad de las lesiones, perturbaciones o patologías que presentó _____
_____
_____
_____
_____

En_____, Jalisco a los _____ días del mes de _____ del año de _____.

ATENTAMENTE

SELLO Y/O FIRMA DE LA INSTANCIA LEGAL QUE RECIBE

_____
(FIRMA, NOMBRE, Y CARGO DEL MÉDICO QUE REALIZA LA NOTIFICACIÓN)

NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL:_____

ORIGINAL: AGENTE MINISTERIO PÚBLICO
C.C.P. EXPEDIENTE CLÍNICO
C.C.P. MINUTARIO