|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Señores**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Instituto Nacional de Medicina legal**  |  |  | **Centro Médico**  |  |  | **Cuál:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombres y Apellidos | Identificación | Edad |
|  |  |  |
| Dirección | Barrio | Municipio/Localidad | Teléfono |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Aspectos a Valorar (señale con una X)** |
|  |
|  | **Lesiones Personales**: Descripción de aquellas, instrumento con el que fueron causadas, determinación de la incapacidad y secuelas que se generen. Si se sugieren exámenes específicos y demás que considere importante, indíquelo en su informe pericial.Se anexa resumen o copia de Historia Clínica SI ( ) NO ( ) Presunta responsabilidad médica: SI ( ) NO ( ) (anexar cuestionario) |
|  | **Valoración de Embriaguez u otras sustancias.** Descripción del estado de la persona si se encuentra bajo influjo de bebida embriagante o de droga o sustancia que produzca dependencia física o síquica, Grado de la misma, exploración practicada. Si se sugieren exámenes específicos y demás que considere importante, indíquelo en su informe pericialAlcoholemia: SI ( ) NO ( ) Otras sustancias: SI ( ) NO ( ) Cuáles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Entidad solicitante |
| Unidad | Secretaria de Movilidad de Fusagasugá | Despacho |  |
| Dirección | Calle 3 Bis # 27-00 Pueblito Fusagasugueño | Teléfono |  |
| Departamento | Cundinamarca | Municipio | Fusagasugá |
| Nombre |  | Cargo | Agente de Transito |
| Correo electrónico | agentetransito@fusagasugacundinamarca.gov.co | Firma |  |
|  |
| Firma de quien recibe |  |
| Nombre y apellidos |  |
| Identificación |  |
| Teléfono |  |
| Cargo |  |
| Fecha y hora |  |
| Correo electrónico |  |

 |