

# PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN SANITARIA ANTE LA SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA PERSONAS MENORES DE EDAD



**H.U. Virgen del Rocío**

H. Infantil  
Sevilla 2016

# PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN SANITARIA ANTE LA SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA PERSONAS MENORES DE EDAD (0-14 años de edad)

**FECHA DE FIN DE ELABORACIÓN:** Abril del 2016

**FECHA DE REVISIÓN:** Abril del 2018

## **AUTORES (Coordinadores):**

- Laureano Fernández Fernández. F.E.A. de Pediatría. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y Áreas Específicas.
- Macarena Anchóriz Esquitino. F.E.A. de Pediatría. Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y Áreas Específicas.

## **AUTORES:**

- María Teresa Alonso Salas. F.E.A. de Pediatría. Directora de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias y Cuidados Críticos.
- José Bernabeu Wittel. F.E.A. de Dermatología. Unidad Clínica de Gestión de Dermatología Médico-Quirúrgica.
- M<sup>a</sup> del Mar Cáceres Puro. Enfermera. Unidad de Gestión Clínica de Urgencias y Cuidados Críticos.
- Elena Digón Fernández. Técnico de la función administrativa. Servicio de Régimen Jurídico.
- Elena Flores Aznar. F.E.A. de Ginecología y Obstetricia. Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Patología Mamaria.
- Agustina Hervás de la Torre. Trabajadora Social. Jefa de la Unidad de Trabajo Social.

- Eusebio Jiménez Mesa. Enfermero Jefe de Bloque. Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y Áreas Específicas.
- M<sup>ª</sup> Ángeles Martínez Maestre. F.E.A. de Ginecología y Obstetricia. Directora de la Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Patología Mamaria.
- Inés Merchán Felipe. F.E.A. de Ginecología y Obstetricia. Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Patología Mamaria.
- M<sup>ª</sup> Jesús Sánchez Álvarez. F.E.A. de Pediatría. Unidad de Gestión Clínica de Urgencias y Cuidados Críticos.
- Montserrat Téllez Gajete. Trabajadora Social. Unidad de Trabajo Social.

## CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y revisión de este protocolo”.

## CLAÚSULA DE CONFIDENCIALIDAD

Los profesionales sanitarios que presten asistencia al paciente menor de edad, a fin de garantizar su adecuado diagnóstico y tratamiento, así como el personal de administración y gestión, en lo que recabe datos de carácter personal a pacientes menores de edad y a sus progenitores, tutores y/o representantes legales estarán obligados a guardar el más estricto secreto respecto de todos los datos o informaciones a los que pueda tener acceso por razones de la prestación de sus servicios profesionales.

El acceso a la historia clínica, aun habilitado por lo previsto en su normativa específica reguladora, debe modularse en atención a la aplicación del principio de proporcionalidad en el tratamiento de los datos de carácter personal consagrado en el art. 4.1 de la Ley Orgánica 15/1999, debiendo limitarse el acceso a los datos que efectivamente resulten necesarios para el cumplimiento de la finalidad que justifique dicho acceso, sin que deba extenderse a datos no vinculados a dicha finalidad.

El tratamiento de la confidencialidad en este Acuerdo se realizará según lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de

Carácter Personal, su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre. Los profesionales que intervienen en la elaboración del presente Acuerdo se obligan, mutua y recíprocamente, durante y con posterioridad a la vigencia de este Acuerdo, a tratar toda la información manejada, los resultados que se obtengan de la aplicación del mismo, así como las informaciones que se faciliten mutuamente, así como todo tipo de informaciones a las que pudiesen tener acceso, o que le hubiese sido facilitadas por la otra parte para el cumplimiento de sus obligaciones, de forma estrictamente confidencial, utilizándola única y exclusivamente para los fines que se expresan en este Acuerdo, no pudiendo revelarla a ninguna persona que no esté involucrada en este grupo de trabajo.

## INTRODUCCIÓN

La violencia sexual a personas menores de edad (VSPME) es una de las formas de maltrato (MT) más silenciada y prevalente, tanto en países en vías de desarrollo como en sociedades avanzadas. El VSPME es un problema que afecta a un significativo porcentaje de la población española. El único estudio de prevalencia llevado a cabo a nivel nacional (López et al., 1994) indica que de las 1.821 personas de entre 18 y 60 años que fueron entrevistadas, el 22,5% de las mujeres y el 15,2% de los hombres, manifestó haber sufrido abuso sexual en algún momento de su infancia.

El concepto de VSPME incluye las acciones de contenido sexual realizadas en la persona de un menor de edad con asimetría de poder (edad, madurez, jerarquía...) bajo coacción, agresión o engaño (seducción) y con la condición de ocultarlo. Cuando el perpetrador es otro menor, se admite que existe asimetría de poder cuando la edad de éste supera la de la víctima en, al menos, 4 años. Sin embargo, no sólo la diferencia de edad marca la asimetría, también cuando el agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre el otro. Hay formas de coacción que pueden resultar tanto o más dañinas para el niño o la niña que el empleo de la violencia en el episodio de abuso sexual. Por otro lado, la asimetría de edad determina muchas otras asimetrías: asimetría anatómica, asimetría en el desarrollo y especificación en el deseo sexual, asimetría de afectos sexuales, asimetría en las habilidades sociales, asimetría en la experiencia sexual. Esta asimetría representa en sí misma una coacción.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su décima versión, actualmente en uso, define la agresión y abuso sexual como causa externa de enfermedades y muerte en dos de sus capítulos: Capítulo XIX: "Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas" (S00-T98). En él se describen: Síndromes de maltrato (T74) Abuso sexual (T74.2) Formas mixtas (T74.8). En el Capítulo XX: "Causas externas de morbilidad y mortalidad". En él se definen las agresiones como: "Homicidio o lesiones ocasionadas por otra persona con intento de lesionar o matar, por cualquier medio" (X85-Y09). Entre las agresiones están: Agresión

sexual con fuerza corporal (Y05). Otros síndromes de maltrato: incluye abuso físico, sexual, crueldad mental y tortura por padres, conocidos u otras personas (Y07.0).

Dentro de la concepción de VSPME, se pueden destacar las siguientes categorías:

- a. Abuso sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, o incluso sin llegar a producirse el contacto físico, sin violencia y sin intimidación. Puede incluir: penetración vaginal, anal, u oral, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.
- b. Agresión sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con violencia o con intimidación.
- c. Exhibicionismo. No se produce contacto físico.
- d. Explotación sexual infantil. El abusador persigue un beneficio económico. En esta categoría existen diferentes modalidades:
  - Tráfico sexual infantil
  - Turismo sexual infantil
  - Prostitución infantil
  - Pornografía infantil

La detección de la VSPME es una labor muy compleja exigiendo a los profesionales implicados estar capacitados para la evaluación y la intervención con los menores que son víctimas. La valoración de VSPME es posiblemente una de las áreas del ámbito clínico-forense que ha generado más polémica y dificultades técnicas. Sin embargo, una adecuada evaluación de la situación aumenta la probabilidad de interrumpir la VSPME, de prevenir nuevos abusos, de identificar sus consecuencias, y por lo tanto, de realizar una intervención de forma adecuada y de esta manera intentar la normalización y el bienestar de los menores víctimas de esta realidad.

La correcta valoración de estos casos lleva consigo tener en cuenta indicadores físicos y psicológicos, relacionados con el menor, así como factores de riesgo social vinculados a la familia y a su entorno. Es recomendable que la estimación de indicadores de VSPME sea realizada por tres profesionales principales, como son el pediatra-ginecólogo, el trabajador social, y el psicólogo especializado, siendo necesaria la actuación del médico y el psicólogo forense en el ámbito judicial, sin menoscabo de otros

profesionales que puedan intervenir en la detección, tratamiento y rehabilitación de estos menores y de sus familias.

La exploración de la VSPME supone un desafío para cualquier profesional, que debe llevarse a cabo desde un equipo interdisciplinar con la mejor formación y experiencia posibles.

## DEFINICIÓN

Actuación sanitaria consensuada y ordenada, para la detección y atención a la persona menor de edad con sospecha de violencia sexual.

## OBJETIVOS

Objetivo general: dotar a los profesionales sanitarios y no sanitarios de unas pautas homogéneas y consensuadas de actuación en la atención de las personas menores de edad en los que se detecta sospecha de violencia sexual.

Objetivos específicos:

- Lograr la coordinación precisa entre todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen, a fin de optimizar esfuerzos y facilitar las actuaciones.
- Conseguir que las actuaciones llevadas a cabo con la persona menor de edad sean solamente las estrictamente necesarias, y evitar así la revictimización, sin merma de garantías asistenciales, procesales y de protección.
- Rentabilizar al máximo todas las actuaciones de atención sanitaria en orden a preservar el interés de la persona menor de edad como víctima del delito.
- Normalizar la práctica y disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados en la atención al menor con sospecha de violencia sexual.

## ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Personal sanitario y no sanitario del Hospital Infantil Virgen del Rocío, implicados en la atención ante la sospecha de violencia sexual en una persona menor de edad.

## POBLACIÓN DIANA

Niños y niñas, entre 0 y 14 años, que acuden al hospital y en los que se detecta sospecha de violencia sexual.

## PERSONAL QUE INTERVIENE

Pediatras, ginecólogos, trabajadores sociales sanitarios, enfermeros, auxiliares de enfermería, anestesiistas, administrativos.

## MATERIAL

Consulta, sala de exploración, hisopos para recogida de muestras, vaginoscopio, instrumental con lentes de aumento (otoscopio, lupa...), cámara de fotos.

## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- EICAS: equipo de evaluación e intervención en casos de abuso sexual
- G: ginecóloga
- ITS: infección de transmisión sexual
- JG: juzgado de guardia
- MFG: médico forense de guardia
- MT: maltrato
- P: pediatra
- PJ: parte judicial
- PS: pediatría social
- QP: quimiprofilaxis
- SIMIA: sistema de información sobre maltrato infantil en Andalucía



- UTS: unidad de trabajo social
- VIH: virus de la inmunodeficiencia humana
- VIM: vía intramuscular
- VO: vía oral
- VPH: virus papiloma humano
- VS: violencia sexual
- VSPME: violencia sexual en personas menores de edad

## PROCEDIMIENTO

**1.Recepción.** Independientemente del dispositivo que derive al niño o niña al servicio de Urgencias del hospital, o bien sea por iniciativa propia de la familia, será el enfermero encargado del triaje quien realice la primera valoración, conduzca al menor y a su familiar al espacio establecido para la espera en estas situaciones (Consulta 0) y se lo comunique al pediatra adjunto del servicio de Urgencias. El menor debe de ser atendido de preferencia en un espacio acogedor e independiente y con la máxima confidencialidad.

**2. Anamnesis.** La entrevista y anamnesis se realizará preferiblemente a la persona que acompaña al niño a no ser que éste realice un relato espontáneo, que entonces se transcribirá literalmente. Si se trata de un adolescente se le realizará a éste preferiblemente en ausencia de sus progenitores.

Es recomendable realizar preguntas abiertas, evitando conducir las respuestas y sin forzar al relato. De igual forma, se sugiere postergar el examen físico, cuando este sea necesario, a un momento posterior a la realización de la entrevista. Ocasionalmente un niño, niña o adolescente puede relatar una historia de abuso espontáneamente, sin embargo, la mayoría de las veces será necesario que un profesional entrenado realice las entrevistas. Se debe intentar minimizar el tiempo transcurrido entre el episodio de violencia sexual y la recogida de datos y muestras para evitar posibles pérdidas. En la

medida de lo posible, la valoración y posterior recogida de muestras deberá hacerse de forma conjunta entre el pediatra y el médico forense de guardia (MFG) para evitar repetir la valoración y exploración física. Las preguntas realizadas para el establecimiento de los hechos deben de ser realizadas con respeto y en un lenguaje adecuado para su comprensión. Debe realizarse una recopilación objetiva de los datos, sin interpretaciones ni juicios de valor y recogiendo las frases literales en el relato del menor. En la literatura revisada, la mayoría de los expertos omiten la entrevista en niños y niñas menores de 3 años.

**3. Valoración del estado psicológico.** Se anotarán las manifestaciones somáticas (temblor, sudoración, palidez...), el comportamiento verbal (tartamudez, mutismo...), las alteraciones del comportamiento (nerviosismo, irritación, temor...).

**4. Valoración del estado físico.** Respecto a la exploración física, el examen debe ser realizado evitando generar daños físicos o emocionales adicionales con el fin de minimizar la victimización secundaria.

Se recomienda explicar al niño, niña o adolescente el procedimiento, de forma previa a su realización. Nunca se debe sujetar a los pacientes en contra de su voluntad durante la exploración debido fundamentalmente a dos razones:

- 1) El médico no debe repetir la situación abusiva ni agregar nuevos elementos traumáticos.
- 2) Es imposible realizar un examen adecuado si los pacientes se mueven, están tensos, gritan o se resisten.

Si la víctima está extremadamente tensa o si directamente se niega a ser examinada, es preferible postergar la exploración y citarla nuevamente. No se debe forzar al niño a la exploración en contra de su voluntad, utilizándose siempre medios “proporcionados” a la situación concreta. Se ha de intentar que la exploración física se repita el menor número de veces posible.

La exploración física y el registro de evidencia deben ser realizados de manera inmediata en todo caso que existan lesiones agudas presentes o bien, si la perpetración del episodio de violencia sexual hubiera ocurrido dentro de las 72 horas previas. De no ser así, se sugiere postergar el examen a la fecha más próxima acordada, en la cual se cuente con un equipo entrenado en estos procedimientos.

En Urgencias se realizará una exploración física completa somera para descartar lesiones agudas y la necesidad de tratamiento urgente. Numerosas revisiones del tema señalan la conveniencia del registro exacto de las lesiones, ya sea mediante diagramas detallados o fotografías.

Se ha de intentar que la exploración física se repita el menor número de veces posible.

No se debe forzar al niño a la exploración en contra de su voluntad, utilizándose siempre medios “proporcionados” a la situación concreta.

La exploración física se debe llevar a cabo siempre en presencia de testigo. Cuando sea el médico residente de primer año el encargado de realizar dicha exploración, siempre ha de estar acompañado por un médico residente mayor o preferiblemente por un pediatra adjunto.

Únicamente se solicitará la presencia de Ginecología de Urgencias si se sospecha sangrado vaginal o lesiones en genitales internos o necesidad de tratamiento quirúrgico. De forma general no se remitirá a la menor al Hospital de la Mujer para la exploración, a no ser que resulte absolutamente necesario por parte de Ginecología.

**a. Exploración física general:** detallar el número, tamaño e importancia de lesiones en piel y mucosas (incluyendo cavidad oral).

**b. Exploración genital/ginecológica:** región genital, anal y perineal. En ciertos casos, se recomienda sedar o utilizar anestesia general en el niño, niña o adolescente, como, por ejemplo, en aquellos en que exista resistencia a cooperar con el examen, cuando presenta alguna lesión aguda que debe ser explorada, cuando sea necesario recoger muestras de cavidades para el despistaje de infecciones de transmisión sexual (ITS), cuando sea necesaria la exploración digital

de la vagina o utilización de espéculo en niñas prepúberes (por ejemplo, ante sospecha de cuerpo extraño), o bien, a petición del propio paciente y/o sus padres. Sólo será necesario revisar los genitales internos con espéculo u otros dispositivos cuando se sospeche la introducción de un cuerpo extraño, o cuando el paciente presente hemorragias genitales. El tacto rectal es señalado como un elemento no necesario en la valoración de la VSPME.

**c. Exploraciones complementarias.** Las muestras médicas, de forma preferente, serán tomadas por Pediatría Social-Ginecología en un segundo tiempo, de forma programada. La necesidad de realizar una exploración de forma programada será establecida por el equipo de Pediatría Social-Ginecología. Sólo se tomará en Urgencias muestra para cultivo si presentara en ese momento una lesión exudativa o flujo vaginal.

Las muestras que de esta forma recoja el equipo de Pediatría Social-Ginecología deberán ser muestras de sangre, genital, anal y cavidad oral cuando proceda, para cribaje de ITS. En cuanto a la probabilidad del contagio de una ITS, existen elementos orientadores del estudio, debiendo considerarse: el tipo de violencia sexual, tiempo desde el último contacto sexual, factores de riesgo propios del abusador, síntomas o signos sugerentes, preocupación del niño, niña o adolescente o de los cuidadores, prevalencia de las ITS en la comunidad. Algunos estudios señalan que el 5% de los niños, niñas o adolescentes abusados sexualmente contraen alguna ITS. Dado lo anterior, se recomienda un cribaje de N. Gonorrhoeae, C. Trachomatis, T. vaginales, Virus Herpes Simple y Virus del Papiloma humano, mediante cultivo y/o PCR de muestra uretral, vaginal y rectal. La solicitud de serología para VIH, Sífilis, Virus hepatitis B o C, es reservada para los casos de fundada infección o bien a solicitud de cuidadores o la víctima.

En los casos de niñas que ya presenten su menarquia se recomienda solicitar test de embarazo.

El MFG y/o la Policía Judicial, recogerá además, cuando convenga, otras muestras necesarias para la investigación legal: ropa rota o manchada, pelos,

limpieza de uñas y peinado público. Las muestras recogidas por el MFG serán responsabilidad de éste, con el fin de no alterar la cadena de custodia de las pruebas. Dichas muestras no deben de ser manipuladas por otras personas.

## **5. Valoración del riesgo y necesidad de protección del niño, niña o adolescente con sospecha de haber sufrido algún tipo de violencia sexual.**

En numerosas guías clínicas se menciona que la protección del niño, niña o adolescente constituye el primer deber del profesional que se enfrenta a la presunción de un caso. Este deber podría justificar el retraso de la comunicación de la sospecha a los cuidadores, cuando se estime que estos se encuentren involucrados de alguna manera en la VSPME.

El niño ingresará en el hospital cuando lo precise para su tratamiento o exista peligro para su vida o exista indicadores de falta de protección al menos por parte de uno de los progenitores. Esto se realizará con el consentimiento verbal de los padres y haciéndolo constar en la historia clínica. Si no lo otorgasen se pondrá en conocimiento de Fiscalía de Protección de Menores o en su defecto del Juzgado de Guardia.

## **6. Tratamiento.** Es preciso considerar la necesidad de:

**a. Tratamiento de lesiones graves.** Si el niño o la niña presentaran lesiones graves y que precisen tratamiento específico, se solicitará la intervención de los especialistas necesarios (Cirugía, Traumatología...).

Únicamente se solicitará la presencia de Ginecología de Urgencias si se sospecha sangrado vaginal o lesiones en genitales internos o necesidad de tratamiento quirúrgico urgente.

**b. Quimioprofilaxis de ITS.** La profilaxis antibiótica de las ITS en niños con indicadores de haber presentado VSPME y contacto con fluidos del agresor, se recomienda siempre que exista sospecha o confirmación de que el agresor pueda estar infectado, ante la existencia de signos o síntomas de infección en la víctima o

cuando ésta y/o sus padres lo solicitan. Las pautas de tratamiento recomendadas se pueden consultar en el ANEXO II.

**c. Profilaxis hepatitis B.** Se ha de investigar la correcta vacunación de la víctima y si ésta no se ha producido según las recomendaciones, reiniciar la vacunación según la pauta indicada.

Dado que en la actualidad muchos niños y adolescentes ya están vacunados con alguna dosis de la vacuna frente al VHB, pueden encontrarse diversos estados de inmunización.

1. Si está vacunado correctamente, no hay que hacer nada si no hay factores de riesgo de ser no respondedor a la vacuna previa. En este caso, hay que solicitar el título de anti-HBs.
2. Si está incorrectamente vacunado, se prosigue la vacunación.
3. Si no está vacunado o no lo recuerda, se administra la inmunoglobulina específica antihepatitis B (HBIG) y la primera dosis de la vacuna (posteriormente se completará la vacunación al mes y a los 6 meses).

La pauta de inmunoprofilaxis, si está indicada, debe asociar HBIG y vacuna antihepatitis B:

1. Se administra la HBIG, en dosis única, por vía intramuscular en el glúteo, de 0,06 ml/kg (máximo, 5 ml), antes de transcurridas 24 h de la agresión.
2. Se administra la primera dosis de la vacuna antihepatitis B, en dosis única, por vía intramuscular en el otro deltoides, 0,5 ml (10 mg) si es menor de 10 años de edad y 1 ml (20 mg) si es mayor de 10 años de edad. Esta dosis de vacuna debe ponerse antes de los 7 días desde la agresión.

No existe una profilaxis postexposición eficaz frente al VHC en este momento.

**d. Profilaxis vacunación HPV.** La vacuna del Virus del Papiloma Humano, demostrado como el factor causal del cáncer de cérvix uterino entre otras patologías del tracto genital, ha sido recientemente incluida en el calendario vacunal a las niñas de 14 años en nuestro país (en nuestra comunidad autónoma, a partir del 2018 se administrará a los 12 años de edad). Sin embargo, las guías clínicas recomiendan que, ante la sospecha de VSPME en conductas de alto riesgo

de transmisión del virus, se puede iniciar la vacunación de estas niñas y niños a partir de los 9 años de edad.

**e. Quimioprofilaxis VIH.** Se debe valorar la conveniencia de realizar QP de VIH con fármacos antirretrovirales ponderándose los beneficios y riesgos de la misma. La decisión final deberá incluir siempre la opinión de la familia (o del adolescente si es el caso) y asegurar la correcta adherencia al tratamiento (tan solo el 25 % de las pautas iniciadas) de las 4 semanas recomendadas para asegurar la efectividad y evitar resistencias virales en estos pacientes.

En principio se indicará en caso de relación sexual desprotegida (anal o vaginal) o de sexo oral con eyaculación o exposición a sangre con un agresor VIH positivo o desconocido. En caso que se decida iniciar la QP, se recomienda iniciar tratamiento antirretroviral (TAR) lo antes posible, preferiblemente en las primeras 2 horas y siempre antes de 72 horas (se recomienda contactar con la Unidad de Enfermedades Infecciosas y/o Medicina Preventiva).

**f. Anticoncepción de emergencia.** Se recomendará en el caso de una niña en edad puberal si se ha producido coito o contacto genital con semen. Se administrará Levonorgestrel 1,5 mg en dosis única si han transcurrido menos de 72 h desde la agresión sexual. El Pediatra del Servicio de Urgencias se pondrá en comunicación con Ginecología de guardia para la obtención de esta medicación (ANEXO III).

**7. Seguimiento.** Cualquier profesional que detecte un indicador de sospecha de VSPME, derivará al paciente a la Unidad de Trabajo Social (UTS) y a Pediatría Social (PS) con el fin de realizar un seguimiento médico, emocional y sociofamiliar. Se anotarán en las hojas de consulta los datos identificativos (nombre, apellidos, dirección, teléfono) de ambos progenitores, o en su defecto de la persona acompañante.

**8. Informe clínico.** Este informe se realizará como habitualmente se complementa este tipo de documento cuando se trata de otra patología. Sin embargo es recomendable

anotar el nombre de todos los profesionales que intervienen (médicos, enfermería) y el del MFG que acude.

Una vez completado el informe clínico, se entregará a los padres como es costumbre y si la exploración se ha realizado en ausencia del MFG, se remitirá de forma urgente mediante fax al JG, como documento adjunto al parte de lesiones enviado con anterioridad.

**9. Parte Judicial.** Tras una primera valoración de la anamnesis, el pediatra de urgencias, ante la sospecha de VSPME, deberá de cumplimentar el parte judicial que posteriormente se enviará de forma urgente al JG. Su realización es obligatoria, independientemente de la voluntad de los padres y/o tutores, o de que éstos deseen presentar la denuncia correspondiente. Deberá rellenarse por triplicado, quedando una copia para la historia clínica, una para el JG y otra para los padres/tutores del menor.

Si existe algún indicador de VSPME, en el PJ y en el informe clínico se debe hacer constar la sospecha.

Es recomendable contactar a los pocos minutos con el JG a efectos de comprobar la recepción del PJ e informarnos de si el MFG acudirá a la exploración del menor.

Una vez concluida la exploración del niño, niña o adolescente, se enviará al JG mediante fax, con carácter urgente, copia del informe clínico.

Si la sospecha se realiza desde una consulta o durante la hospitalización por cualquier otro motivo, el PJ lo realizará el médico que primero ha detectado, y remitirá en este momento al niño, al Servicio de Urgencias o a Pediatría Social, según las circunstancias.

Si en la exploración programada realizada por el equipo de Pediatría Social y Ginecología se evidenciara lesiones sugerentes de VSPME, se remitirá al Juzgado de Instrucción correspondiente nuevo PJ complementario al enviado con anterioridad por los facultativos del servicio de Urgencias.



**10. Otros aspectos de interés.** Es necesario colaborar con las Fuerzas de Seguridad del Estado, tras su identificación. Por teléfono, en general no se da información sobre un menor.

La sospecha de VSPME, como otra sospecha de cualquier tipo de maltrato infantil, ha de notificarse por el profesional que realice la detección a través del Sistema de información sobre maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA). Su fin es informar de los hechos a los órganos competentes (servicios sociales de las Corporaciones Locales y Servicios de Protección de Menores de las Delegaciones Territorial de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales), de modo que inicien las actuaciones pertinentes para el abordaje de la problemática sociofamiliar y pongan en marcha las medidas necesarias que garanticen el bienestar del menor. Esta Hoja se presenta en dos formatos, en versión impresa, que está disponible en todos los centros y servicios públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y la informática, a través de la página web del Sistema de Información.

En el caso de tener que tomar material iconográfico (especialmente en las exploraciones programadas), se solicitará consentimiento informado por escrito al progenitor acompañante, según el modelo editado por la Consejería de Salud. Se emplearán todas las medidas necesarias para la protección de datos personales (LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y a su Reglamento de desarrollo, RD 1720/2007, de 21 de diciembre).

La toma programada de muestras médicas para el despistaje de ITS, se realizará tras hacer constar en la historia clínica el consentimiento informado verbal del progenitor acompañante.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. J Pediatr Adolesc Gynecol 2004; 17:191.
- Adrián J, Aldecoa V, Alonso MT, Baraibar R, Bartoli D, Benito FJ, et al. Manual de analgesia y sedación en Urgencias de Pediatría. Madrid 2009. 1-8.
- Astrup BS, Ravn P, Thomsen JL, Lauritsen J. Patterned genital injury in cases of rape a case-control study. J Forensic Leg Med 2013; 20:525. Kaufman M, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. Pediatrics 2008; 122:462.
- Botello BR, Díaz B. Prevención y detección precoz del maltrato infantil: revisión de estrategias e intervenciones desde los servicios sanitarios. Consejería de Salud, [2011] 72 p. Serie salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía.
- Carr ME, Moettus AL. Developing a policy for sexual assault examinations on incapacitated patients and patients unable to consent. J Law Med Ethics 2010; 38:647.
- Cindy W. Christian, MD, FAAP, Committee on child abuse and neglect the evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics 2015;135(5):1337-1354.
- Díaz JA, Esteban J, Romeu FJ. Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil del Observatorio de la Infancia. Maltrato infantil. Detección, Notificación y Registro de Casos. Observatorio de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006.
- Glaser JB, Schachter J, Benes S, Cummings M, Frances CA, McCormack Sexually transmitted diseases in postpubertal female rape victims. J Infect Dis. 1991; 164(4):726.
- Havens PL, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Postexposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to human immunodeficiency virus. Pediatrics 2003; 111:1475.
- [-http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-sexual-abuse-in-children-and-adolescents.](http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-sexual-abuse-in-children-and-adolescents)
- [- http://www.uptodate.com/contents/management-and-sequelae-of-sexual-abuse-in-children-and-adolescents?source=see\\_link.](http://www.uptodate.com/contents/management-and-sequelae-of-sexual-abuse-in-children-and-adolescents?source=see_link)

- Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. Pediatrics 2013; 132:e558.
- Kellogg, N. & the Committee on Child Abuse and Neglect, The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005;116(2):506-12.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.
- Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. Observatorio de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007.  
[http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/Protocolo\\_contra\\_Maltrato\\_Infantil.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/Protocolo_contra_Maltrato_Infantil.pdf)
- Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.  
[http://issuu.com/formacionaxarquia/docs/protocolo\\_de\\_intervencion\\_sanitaria](http://issuu.com/formacionaxarquia/docs/protocolo_de_intervencion_sanitaria)
- Save the Children. Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales. Guidelines on Paediatric Forensic Examinations in Relation to Possible Child Sexual Abuse. Faculty of Forensic and Legal Medicine. 2012.
- Smith DK., Grohskopf LA., Black RJ., et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S Department of Health and Human Services. Recomm Rep 2005; 54: 1.
- Workowski KA, Bolan GA Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Centers for Disease Control and Prevention. Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1.

## ANEXO I

### INDICADORES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

*(Tomado y adaptado de Díaz Huertas JA 2006)*

#### EN EL NIÑO

##### Físicos

- Dificultad para andar y sentarse
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- Se queja de dolor o picor en la zona genital.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.
- Tiene una infección de transmisión sexual.
- Tienen el cérvix o vulva hinchados o rojos.
- Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.
- Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia)
- Infecciones urinarias de repetición.

##### Comportamentales

###### **Conductuales**

- Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre/cuidador
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados inusuales

###### **Psicosomáticos**

- Trastornos del sueño y alimentación.
- Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin aclarar las causas.

###### **Psíquicos**

- Depresiones crónicas, intentos de autolisis, automutilaciones.
- Desvalorización corporal: obesidad, anorexia.
- Problemas de conducta: fugas, fracaso escolar...
- Promiscuidad sexual, travestismo, evolución hacia la homosexualidad, prostitución masculina o femenina.
- Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales muchas veces). Violencia.

## EN EL CUIDADOR

### Conducta

- Extremadamente protector o celoso del niño.
- Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.
- Sufrió abuso sexual en su infancia.
- Experimenta dificultades en su matrimonio.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Está frecuentemente ausente del hogar.

## ANEXO II

### QUIMIOPROFILAXIS DE ITS

#### 1. Tratamiento empírico:

Ceftriaxona 125 ó 250 mg IM (según peso) en dosis única

Azitromicina 20mg/kg ó 1 g VO /según peso) en dosis única

Metronidazol 2 g VO dosis única

#### 2. Tratamiento dirigido:

Microorganismo	Peso < 45 kg	Peso > 45 kg
<i>N. Gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 125 mg IM (dosis única )	Ceftriaxona 250 mg IM (dosis única )
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina 20 mg/kg VO (dosis única; dosis máx. 1g)	Azitromicina 1g VO (dosis única)
<i>Trichomonas vaginalis</i> y Vaginosis bacteriana	Metronidazol 15 mg/Kg/día Metronidazol (15 mg/kg/día//8h) VO, 7 días	Metronidazol 2g VO (dosis única)

## ANEXO III

### ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Levonorgestrel 1,5 mg en dosis única si han transcurrido menos de 72 h desde la agresión sexual.

## ANEXO IV

### OBLIGATORIEDAD LEGAL DE INTERVENCIÓN DE LOS Y LAS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO ANTE SITUACIONES DE SOSPECHA O DE MALTRATO INFANTIL

La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor dispone en su artículo 14 que “las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor, o cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal”

Igualmente, la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor establece en el artículo 10.6:

“los titulares de los servicios de salud y el personal sanitario de los mismos están especialmente obligados a poner en conocimiento de los organismos competentes de la administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores, la Autoridad Judicial o el Ministerio Fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de desprotección o situaciones de riesgo para los menores, así como a colaborar con los mismos y resolver tales situaciones en interés del menor”.

El Decreto 246/2005 de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad dispone, como derecho de los niños, el que los servicios sanitarios protejan

“a las personas menores de edad en su integridad física y psíquica ante la sospecha o detección de violencia de género, malos tratos y abusos físicos, psíquicos o sexuales, incluida la mutilación genital a niñas y cualquier práctica cultural o tradicional que perjudique su integridad, y a poner estas situaciones, así como las de abandono o desamparo, en conocimiento de los Órganos competentes de la Administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores y de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal”.



Procedimiento de coordinación para la atención a menores víctimas de malos tratos en Andalucía, Cap. 5, Pautas de actuación a desarrollar desde las distintas instancias; VI: Servicios sanitarios.

“El Centro sanitario debe garantizar en todo momento la protección inmediata del menor, la confidencialidad y el anonimato necesarios, así como la emisión de aquellos Informes técnicos que puedan ser necesarios para la intervención de otras instancias o instituciones. La actuación sanitaria debe ser integral y continuada en el tiempo. Incluye tratar las lesiones producidas y proveer la correcta intervención terapéutica (enfermedades de transmisión sexual, profilaxis postcoital del embarazo, psicoterapia...)

Las primeras intervenciones deben ir orientadas a dar protección inmediata y apoyo psicológico a la víctima, tratar médicamente posibles lesiones y conseguir pruebas médicas que posibiliten la persecución judicial del delito.

El Centro sanitario está obligado a denunciar los casos de lesión a través del correspondiente parte al Juzgado de Guardia, pero también a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha a las instancias administrativas con competencia en protección de menores.

Directiva 80/94 de la Unión Europea, de 29 de abril, que regula los derechos de las víctimas.

## ANEXO V

### NORMATIVA LEGAL EN RELACIÓN CON ESTE PROTOCOLO

- Directiva 2011/92/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil.
- Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989.
- Carta Europea de Derechos del Niño, aprobada por la resolución A-301712/92, de 8 de julio de 1992 del Parlamento Europeo. (DOCE nº C 241, de 21 de Septiembre de 1992).
- Constitución Española de 1978. (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978).
- Código Civil (especialmente el Libro I y, dentro de éste el Título VII, de las relaciones paterno-filiales). (BOE núm. 206, de 25 de julio de 1889).
- Ley 21/87, de 11 de noviembre, por el que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción y otras formas de protección de menores. (BOE núm. 275, de 17 de noviembre de 1987).
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, Ley de Protección Jurídica del Menor y de modificación parcial de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (BOE núm. 15, de 17 de enero de 1996).
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (BOE núm. 281 de 24 de Noviembre de 1995).
- Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro I del Código Penal (Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales). (BOE núm. 104, de 1 de mayo de 1999).
- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. (BOE núm. 138, de 10 de junio de 1999).
- Ley de Enjuiciamiento Criminal. (BOE núm. 260, de 17 de septiembre de 1882)

- Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad personal y familiar, y a la propia imagen. (BOE núm.115, de 14 de mayo de 1982).
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. (BOE núm.11, de 13 de enero de 2000).
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999).
- Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad. (BOE núm.102, de 29 de abril de 1986).
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia. (BOE Núm. 175, Sec. I. Pág. 61871).
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia. (BOE Núm. 180, Sec. I. Pág. 64544).
- Decreto 3/2004, de 7 de enero, modificado parcialmente por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo, por los que se regula el Sistema de información sobre el maltrato infantil en Andalucía, tiene por objeto la protección de los menores a través del adecuado conocimiento epidemiológico de los casos en los que éstos sean objeto de malos tratos, su seguimiento y la coordinación de actuaciones entre las Administraciones Públicas competentes en esta materia.
- Código de Deontología y Ética Médica.
- Código Deontológico de la Enfermería Española.
- Código Deontológico de Trabajo Social.

Por otra parte, Ley de Enjuiciamiento Criminal establece en sus artículos:

Art. 259. El que presenciare cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del juez o fiscal del lugar más próximo.

Art. 262. Los que por razón de sus cargos profesionales u oficios tengan noticia de algún delito público estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Juez, fiscal o policía más próximos al lugar en que se encuentre, si se trata de un delito flagrante.

Art. 264. El que por cualquier medio tuviere conocimiento de la perpetración de un delito de los que deben perseguirse de oficio deberá denunciarlo al Fiscal, Juez, o Policía más

próximos sin que se entienda obligado por esto a probar los hechos denunciados ni a formalizar querrela.

Art. 355. Si el hecho criminal que motivaré la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieron al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los periodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez Instructor.

El Código de Deontología y Ética Médica en su artículo 30.2 establece que el médico que conociere en cualquier persona y más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad correspondiente. Así mismo, el Código Deontológico de la Enfermería Española en su artículo 39 establece que la enfermera denunciara y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

## ANEXO VI Consentimiento informado escrito para fotografiar lesiones

Imprimir Restablecer Salir

ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE SALUD

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/Dª ..... con DNI .....

En su caso, su representante legal:

D/Dª ..... con DNI .....

En calidad de ..... con domicilio .....

#### DECLARO:

Que el Dr/la Dra .....  
del Centro/ Servicio Sanitario.....  
me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:**

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente  SÍ  NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario  SÍ  NO

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª

Firma del Personal  
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

#### EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª ..... con DNI .....

con domicilio .....

En su caso, su representante legal:

D/Dª ..... con DNI .....

En calidad de ..... con domicilio .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... / ..... / .....

Lo que firmo, En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª

Firma del Personal  
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

#### PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Aida. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



# JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD

ANEXO II

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/Dª ..... con DNI .....

En su caso, su representante legal:

D/Dª ..... con DNI .....

En calidad de ..... con domicilio .....

#### DECLARO:

Que el Dr/la Dra ..... del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

#### Por ello, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente  SÍ  NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario  SÍ  NO

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª

Firma del Personal  
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

#### EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª ..... con DNI .....

con domicilio .....

En su caso, su representante legal:

D/Dª ..... con DNI .....

En calidad de ..... con domicilio .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... / ..... / .....

Lo que firmo, En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª

Firma del Personal  
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

#### PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento (impreso/formulario) y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al Fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 28. 41071 - SEVILLA

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA



## JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD

ANEXO II

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/Dª ..... con DNI .....

En su caso, su representante legal:

D/Dª ..... con DNI .....

En calidad de ..... con domicilio .....

#### DECLARO:

Que el Dr/la Dra ..... del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:**

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente  SI  NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario  SI  NO

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª

Firma del Personal  
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

#### EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª ..... con DNI .....

con domicilio .....

En su caso, su representante legal:

D/Dª ..... con DNI .....

En calidad de ..... con domicilio .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... / ..... / .....

Lo que firmo, En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª

Firma del Personal  
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

#### PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento (impreso formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Aida. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

Ejemplar para el CENTRO O SERVICIO SANITARIO

