

Apellido(s): ..... AM Nº: \_\_\_\_\_

Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo de catástrofe: \_\_\_\_\_

Lugar de la catástrofe: \_\_\_\_\_

Fecha del la catástrofe: 

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

a = Datos no disponibles

b = Elementos adjuntos

c = Más información en pág. de información adicional (700)

DATOS ADMINISTRATIVOS		a	b	c
100	<b>Organismo responsable</b> Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail	OCN de INTERPOL: Expediente policial n°:		
105	<b>Datos facilitados por</b> Nombre Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail Parentesco	Fecha: .....		
110	<b>Punto de contacto</b> Nombre Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail Parentesco	1 <input type="checkbox"/> véase 105		
115	<b>Pareja</b> Si no es soltero/a, véase 230	Soltero/a - De lo contrario, Nombre / Segundo nombre / Apellido(s) de la pareja 1 <input type="checkbox"/>		
120	<b>Toma de huellas dactilares</b> 01 Fuente	1 <input type="checkbox"/> No    2 <input type="checkbox"/> Sí    Dónde: _____ Precise: _____ Fecha: _____		
125	<b>Si no, ¿pueden obtenerse huellas dactilares en el domicilio / trabajo / otros?</b> 01 Dirección Véase también 480	1 <input type="checkbox"/> No    2 <input type="checkbox"/> Sí Especifique otros médicos en la página de datos complementarios (700)		

LISTA DE DATOS	Se adjunta completa	No disponible	Observaciones
Info. administrativa (campos 1xx)			
Datos nominales (campos 2xx)			
Efectos personales (campos 3xxx)			
Descripción física (campos 4xx)			
Datos patológicos (campos 5xx)			
Datos odontológicos (campos 6xx)			
Información adicional (campos 7xx)			
Anexo (campos 8xxx) (opcional)			

Apellido(s): ..... AM N°: \_\_\_\_\_

Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento:

*Día Mes Año Edad Hombre Mujer Otros Se desconoce*

a = Datos no disponibles    b = Elementos adjuntos    c = Más información en pág. de información adicional (700)

DATOS NOMINALES			a	b	c
200	Apellido(s) de origen	Apellido(s) de soltera de la madre:			
205	Apodos				
210	Otros nombres 01 Otros nombres Nombre Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento	Nombre(s) Apellido:  Día Mes Año Localidad: País:			
215	Nacionalidad	País: Múltiple nacionalidad:			
220	Lugar de nacimiento	Localidad: País:			
225	N° del documento de identidad Número País de expedición	Indíquese el código ISO 3166-1 alfa-3 (p. ej. AUS para Australia)			
230	Estado civil   Si soltero/a, véase 115	Prometido/a (fecha): 1 <input type="checkbox"/> Otros 2 <input type="checkbox"/> Casado/a (fecha): 3 <input type="checkbox"/> Divorciado/a 4 <input type="checkbox"/> Viudo/a 5 <input type="checkbox"/>			
235	Profesión				
238	Domicilio Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País				
240	Dirección postal actual Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País				
241	Teléfono móvil				
243	Usuario Internet 01 Direcciones de correo electrónico 02 Redes sociales	Datos como cuenta, plataforma y nombre del perfil			
245	Religión	No 1 <input type="checkbox"/> Sí (especifique): 2 <input type="checkbox"/>			

Recogidos por	Cargo	:	Firma / fecha
	Nombre	:	
	Dirección	:	
	Tel. / e-mail	:	

Apellido(s): ..... AM Nº: \_\_\_\_\_

Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
-----	-----	-----	------	--------	-------	-------	--------------

a = Datos no disponibles    b = Elementos adjuntos    c = Más información en pág. de información adicional (700)

**EFFECTOS PERSONALES (posiblemente portados por la persona o que forman parte de su equipaje)**

		Nº:	1	Tipo/estilo	2	Color predominante	3	Marca	4	Material	5	Talla				
300	<b>Ropa</b>															
	<b>Cabeza y cuello</b>															
	101 Tocado															
	102 Bufanda															
	103 Corbata															
	199 Otra prendas															
	<b>Parte superior del cuerpo y brazos</b>															
	201 Blusa															
	202 Tirantes															
	203 Sujetador															
	204 Chaqueta															
	205 Abrigo ligero/Chaquetón															
	206 Guantes															
	207 Abrigo															
	208 Jersey															
	209 Camisa															
	210 Camiseta sport															
	211 Camiseta (ropa interior)															
	212 Chaleco															
	299 Otras prendas															
	<b>Parte inferior del cuerpo y piernas</b>															
	301 Cinturón															
	302 Pantalón corto															
	303 Falda															
	304 Calcetines															
	305 Medias															
	306 Traje de baño															
	307 Leotardos															
	308 Pantalones															
	309 Ropa Interior															
	399 Otras prendas															
	<b>Todo el cuerpo</b>															
	401 Body															
	402 Vestido															
	403 Religioso/cultural/tradicional															
	404 Uniforme															
	499 Otros															
	Si marca "99 otros", describa el tipo de artículo en la columna 1 "Tipo/estilo"															
305	<b>Calzado</b>															
	01 Botas															
	02 Sandalias/zapatos abiertos															
	03 Zapatos															
	99 Otros															
	Describa el tipo de calzado en la columna "1 Tipo/estilo", p. ej. calzado deportivo o sandalias															

Utilice únicamente estos colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido.

<p><b>Recogidos por</b></p> <p>Cargo : _____</p> <p>Nombre : _____</p> <p>Dirección : _____</p> <p>Tel. / e-mail : _____</p>	<p>Firma / fecha</p>
--	----------------------

Apellido(s): ..... AM Nº: .....

Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a = Datos no disponibles

b = Elementos adjuntos

c = Más información en pág. de información adicional (700)

EFECTOS PERSONALES (posiblemente portados por la persona o que forman parte de su equipaje)							a	b	c								
310	Reloj 01 Reloj de pulsera digital 02 Reloj de pulsera analógico 03 Reloj de pulsera 04 Reloj inteligente 05 Si reloj de pulsera, llevado en muñeca 06 Correa/cadena de reloj de pulsera 07 Reloj de otro tipo	Nº:	1	Marca	2	Modelo	3	Color predominant	4	Material	5	Inscripciones					
		Izqda.	1	Dcha.	2	Exterior	3	Interior	4								
		De cuero	1	Metálica	2	De goma	3	Otro (precise):	4								
		Llevado en:															
315	Gafas 01 Montura 02 Lentes (de vidrio) 03 Forma de las lentes 04 Material/tipo de las lentes	1	Marca	2	Modelo	3	Color predominant	4	Material	5	Inscripciones						
		Fotocromáticas	1	Coloreadas	2	No	3	Sí (especifique):									
		Redonda	1	Ovalada	2	Cuadrada	3	Media luna	4	Sin montura	5	Montura completa	6				
		Vidrio	1	Policarbonato	2	Bifocales	3	Progresivas	4								
320	Lentes de contacto	No	1	Sí (indique si son de color)	2												
325	Audífonos 01 Izquierdo 02 Derecho	No	1	Sí (especifique):	2	Nº de serie:											
		No	1	Sí (especifique):	2	Nº de serie:											
330	Prótesis externas	No	1	Sí (especifique):	2	Nº de serie:											
335	Joyas 01 Pulsera de tobillo 02 Pulsera 03 Pendientes de clip 04 Pendientes 05 Cadenas 06 Collares 07 Pendiente de nariz 08 Colgante para cadena 09 Anillo de matrimonio 10 Otros anillos 99 Otras  Si marca "99 otros", describa el tipo de artículo en la columna 1 "Tipo/estilo"	Nº:	1	Tipo/estilo	2	Color predominant	3	Material	4	Inscripciones	5	Llevado en					

Utilice únicamente estos colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido.

Recogidos por	Cargo	:	Firma / fecha
	Nombre	:	
	Dirección	:	
	Tel. / e-mail	:	

Apellido(s): ..... AM Nº: .....

Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento:

*Día Mes Año Edad Hombre Mujer Otros Se desconoce*

a = Datos no disponibles    b = Elementos adjuntos    c = Más información en pág. de información adicional (700)

EFECTOS PERSONALES (posiblemente portados por la persona o que forman parte de su equipaje)								a	b	c
<b>340 Documentos de identidad</b>  01 Tarjetas bancarias 02 Permiso de conducir 03 Documento de identidad 04 Pasaporte 99 Otros  Si marca "99 Otros", describa el tipo de documento en la columna "3 Detalles".	Nº:	1 Nacionalidad	2 Número	3 Detalles	4 Biométrico	5 Chip				
<b>345 Pertenencias</b>  01 Tarjetas inteligentes/ llaves 02 Riñonera 03 Dinero 04 Diario/agenda 05 Monedero 06 Entrada 07 Cartera 99 Otras  Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".	Nº:	1 Marca	2 Modelo	3 Color predominant	4 Material	5 N° de serie	6 Inscripciones			
<b>350 Aparatos electrónicos</b>  01 Cámara de fotos 02 Teléfono móvil 03 Reproductor de música 04 Tarjeta SIM 05 Tableta/dispositivo portátil 06 Videocámara 99 Otros  Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".	Nº:	1 Marca	2 Modelo	3 Color predominant	4 Material	5 N° de serie	6 Inscripciones			

Utilice únicamente estos colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido.

<b>Recogidos por</b> Cargo : Nombre : Dirección : Tel. / e-mail :	Firma / fecha	

Apellido(s): .....

AM Nº: .....

Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a = Datos no disponibles    b = Elementos adjuntos    c = Más información en pág. de información adicional (700)

DESCRIPCIÓN FÍSICA (aparición)						a	b	c	
<b>404</b> <b>Señas particulares</b>  <b>Cabeza y cuello</b> 01 Cabeza 02 Cuello  <b>Torso</b> 03 Parte anterior del torso 04 Parte posterior del torso 05 Genitales 06 Nalgas  <b>Miembros superiores</b> 07 Parte sup brazo dcho. 08 Parte sup brazo izqdo. 09 Antebrazo dcho. 10 Antebrazo izqdo. 11 Mano derecha 12 Mano izquierda  <b>Miembros inferiores</b> 13 Muslo derecho 14 Muslo izquierdo 15 Rodilla derecha 16 Rodilla izquierda 17 Parte inferior pierna dcha. 18 Parte inferior pierna izqda. 19 Pie derecho 20 Pie izquierdo	<b>Nº: 1</b>	<i>Cicatrices</i>	<b>2</b>	<i>Piercings</i>	<b>3</b>	<i>Tatuajes</i>			
	<b>Nº: 4</b>	<i>Marcas</i>	<b>5</b>	<i>Malformaciones</i>	<b>6</b>	<i>Amputaciones</i>			
<b>408</b> <b>Talla</b>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>					
	_____ cm	/ _____ cm	_____ pies _____ pulg	/ _____ pies _____ pulg					
<b>412</b> <b>Peso</b>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>					
	_____ kg	/ _____ kg	_____ libr	/ _____ libr					
<b>416</b> <b>Complexión</b>	<i>Delgada</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Media</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Corpulenta</i> 3 <input type="checkbox"/>						
<b>420</b> <b>Cabello</b>	<i>Natural</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Extensiones</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Postizo</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Peluca</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Implantes</i> 5 <input type="checkbox"/>				
01 Tipo	<i>Corto &lt; 6 cm / 2,4 pulg</i>		<i>Media &lt; 12 cm / 4,7 pulg</i>		<i>Largo &gt; 12 cm / 4,7 pulg</i> 3 <input type="checkbox"/>				
02 Longitud	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>						
	<i>Rapado</i> 4 <input type="checkbox"/>								
03 Color del tinte	<i>Ninguno/desconocido</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Mechas</i> 2 <input type="checkbox"/>						
	<i>Rubio</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Castaño</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Negro</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Pelirrojo</i> 6 <input type="checkbox"/>					
	<i>Gris</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Blanco</i> 8 <input type="checkbox"/>	<i>Entrecano</i> 9 <input type="checkbox"/>	<i>Otros (precise):</i> 10 <input type="checkbox"/> _____					
04 Color natural	<i>Rubio</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Castaño</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Negro</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Pelirrojo</i> 4 <input type="checkbox"/>					
	<i>Gris</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Blanco</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Entrecano</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Otro (precise):</i> 8 <input type="checkbox"/> _____					
05 Calvicie	<i>Parcial</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Total</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Frontal</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Lateral</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Coronilla</i> 5 <input type="checkbox"/>				
06 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>Describe (y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i>								

<b>Recogidos por</b>	Cargo : _____	Firma / fecha
	Nombre : _____	
	Dirección : _____	
	Tel. / e-mail : _____	

Apellido(s): ..... AM Nº: .....

Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

a = Datos no disponibles

b = Elementos adjuntos

c = Más información en pág. de información adicional (700)

DESCRIPCIÓN FÍSICA (aparición + huellas dactilares)		a	b	c																				
424	<b>Cejas</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>																					
428	<b>Ojos</b> 01 Color (Izqdo. y dcho.) 02 Rasgo(s) distintivo(s)	<table border="0"> <tr> <td><i>Azul</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Gris</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Verde</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Castaño</i> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Negro</i> 5 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Avellana</i> 6 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Rojo oscuro</i> 7 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Rosa</i> 8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Estrab. convergente</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><i>Estrab. divergente</i> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"><i>Ojo artificial</i> 3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"><i>Otro (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<i>Azul</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Gris</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Verde</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Castaño</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Negro</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Avellana</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Rojo oscuro</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Rosa</i> 8 <input type="checkbox"/>	<i>Estrab. convergente</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Estrab. divergente</i> 2 <input type="checkbox"/>				<i>Ojo artificial</i> 3 <input type="checkbox"/>				<i>Otro (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/>		
<i>Azul</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Gris</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Verde</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Castaño</i> 4 <input type="checkbox"/>																					
<i>Negro</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Avellana</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Rojo oscuro</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Rosa</i> 8 <input type="checkbox"/>																					
<i>Estrab. convergente</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Estrab. divergente</i> 2 <input type="checkbox"/>																						
		<i>Ojo artificial</i> 3 <input type="checkbox"/>																						
		<i>Otro (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/>																						
432	<b>Nariz</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>																					
436	<b>Vello facial</b> 01 Tipo 02 Color	<table border="0"> <tr> <td><i>Afeitado</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Bigote</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Perilla</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Patillas</i> 4 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Barba y bigote</i> 5 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Otros (especifique en pág. 700)</i> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Rubio</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Castaño</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Negro</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Pelirrojo</i> 4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><i>Gris</i> 5 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Blanco</i> 6 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Entrecano</i> 7 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Otro (precise):</i> 8 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		<i>Afeitado</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Bigote</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Perilla</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Patillas</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Barba y bigote</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Otros (especifique en pág. 700)</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Rubio</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Castaño</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Negro</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Pelirrojo</i> 4 <input type="checkbox"/>			<i>Gris</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Blanco</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Entrecano</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Otro (precise):</i> 8 <input type="checkbox"/>					
<i>Afeitado</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Bigote</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Perilla</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Patillas</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Barba y bigote</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Otros (especifique en pág. 700)</i> 6 <input type="checkbox"/>																			
<i>Rubio</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Castaño</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Negro</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Pelirrojo</i> 4 <input type="checkbox"/>																					
<i>Gris</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Blanco</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Entrecano</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Otro (precise):</i> 8 <input type="checkbox"/>																					
440	<b>Orejas</b> 01 Lóbulos/con agujeros 02 Rasgo(s) distintivo(s)	<table border="0"> <tr> <td><i>Pegado</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><i>No</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Sí</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Con agujeros - especifique núm. de agujeros</i> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"><i>Izdo.</i> _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"><i>Dcho.</i> _____</td> </tr> </table>		<i>Pegado</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>No</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Sí</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Con agujeros - especifique núm. de agujeros</i> 4 <input type="checkbox"/>			<i>Izdo.</i> _____				<i>Dcho.</i> _____										
<i>Pegado</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>No</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Sí</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Con agujeros - especifique núm. de agujeros</i> 4 <input type="checkbox"/>																					
		<i>Izdo.</i> _____																						
		<i>Dcho.</i> _____																						
444	<b>Boca/dientes</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>																					
448	<b>Labios</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>																					
452	<b>Mentón</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>																					
456	<b>Cuello</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>																					
460	<b>Manos/uñas</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>																					
464	<b>Pies/uñas</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>																					
468	<b>Vello corporal/púbico</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>																					
472	<b>Circuncisión</b>	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí 2 <input type="checkbox"/>																					
476	<b>Ascendencia</b>	<table border="0"> <tr> <td><i>Europea</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Africana</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Asiática</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Otro (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Blanco</i></td> <td><i>Negro</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><i>Mixta (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<i>Europea</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Africana</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Asiática</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Otro (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Blanco</i>	<i>Negro</i>			<i>Mixta (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/>												
<i>Europea</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Africana</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Asiática</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Otro (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/>																					
<i>Blanco</i>	<i>Negro</i>																							
<i>Mixta (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/>																								
480	<b>Huellas dact.</b> 01 Núm. huellas dactilares tomadas 02 Formato 03 Técnica de revelado	<table border="0"> <tr> <td><i>Nº:</i> _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><i>Impres.</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Foto digital</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Foto 35 mm</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Otro (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Polvo</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Química</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><i>Otro (precise):</i> 3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<i>Nº:</i> _____				<i>Impres.</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Foto digital</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Foto 35 mm</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Otro (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Polvo</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Química</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Otro (precise):</i> 3 <input type="checkbox"/>										
<i>Nº:</i> _____																								
<i>Impres.</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Foto digital</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Foto 35 mm</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Otro (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/>																					
<i>Polvo</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Química</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Otro (precise):</i> 3 <input type="checkbox"/>																						

<b>Recogidos por</b>	Cargo : _____	Firma / fecha
	Nombre : _____	
	Dirección : _____	
	Tel. / e-mail : _____	

Apellido(s): ..... AM Nº: \_\_\_\_\_  
 Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a = Datos no disponibles

b = Elementos adjuntos

c = Más información en pág. de información adicional (700)

PATOLOGÍA		a	b	c
500 Médico de cabecera	Nombre Calle / Nº Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail	Especifique otros médicos en la página de datos complementarios (700)		
	Especifique			
505 Historial médico	Nº: 1	Especifique		
	01 Diagnósticos			
	02 Resultados			
	03 Fracturas			
	04 Hospitalizaciones			
	05 Cicatrices quirúrgicas			
	06 Órganos ausentes			
	07 Prescripciones			
	08 Envío a especialista			
	09 Síntomas			
	10 Tratamientos			
	11 Otras cicatrices			
12 Otros				
<b>Adicciones</b>				
20 Alcohol				
21 Medicamentos				
22 Drogas				
23 Tabaco				
<b>Enfermedades infecciosas</b>				
30 SIDA/VIH				
31 Hepatitis				
32 Tuberculosis				
33 Otras				
<b>En mujer</b>				
40 Partos				
41 Histerectomía				
42 Dispositivos anticonceptivos intrauterinos				
43 Embarazos				
515 Implantes	Nº: 1	Especifique	2	Nº de serie
	01 Mamarios			
	02 Marcapasos			
	03 Bomba de insulina			
	04 Otros implantes quirúrgicos			
520 Prótesis	No <input type="checkbox"/>	Sí (especifique): 2 <input type="checkbox"/> _____		
525 Otras piezas artificiales	No <input type="checkbox"/>	Sí (especifique): 2 <input type="checkbox"/> _____		
530 Órganos extirpados	No <input type="checkbox"/>	Sí (especifique): 2 <input type="checkbox"/> _____		

Recogidos por	Cargo :	Firma / fecha
	Nombre :	
	Dirección :	
	Tel. / e-mail :	



Apellido(s): ..... AM Nº: \_\_\_\_\_  
 Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento:

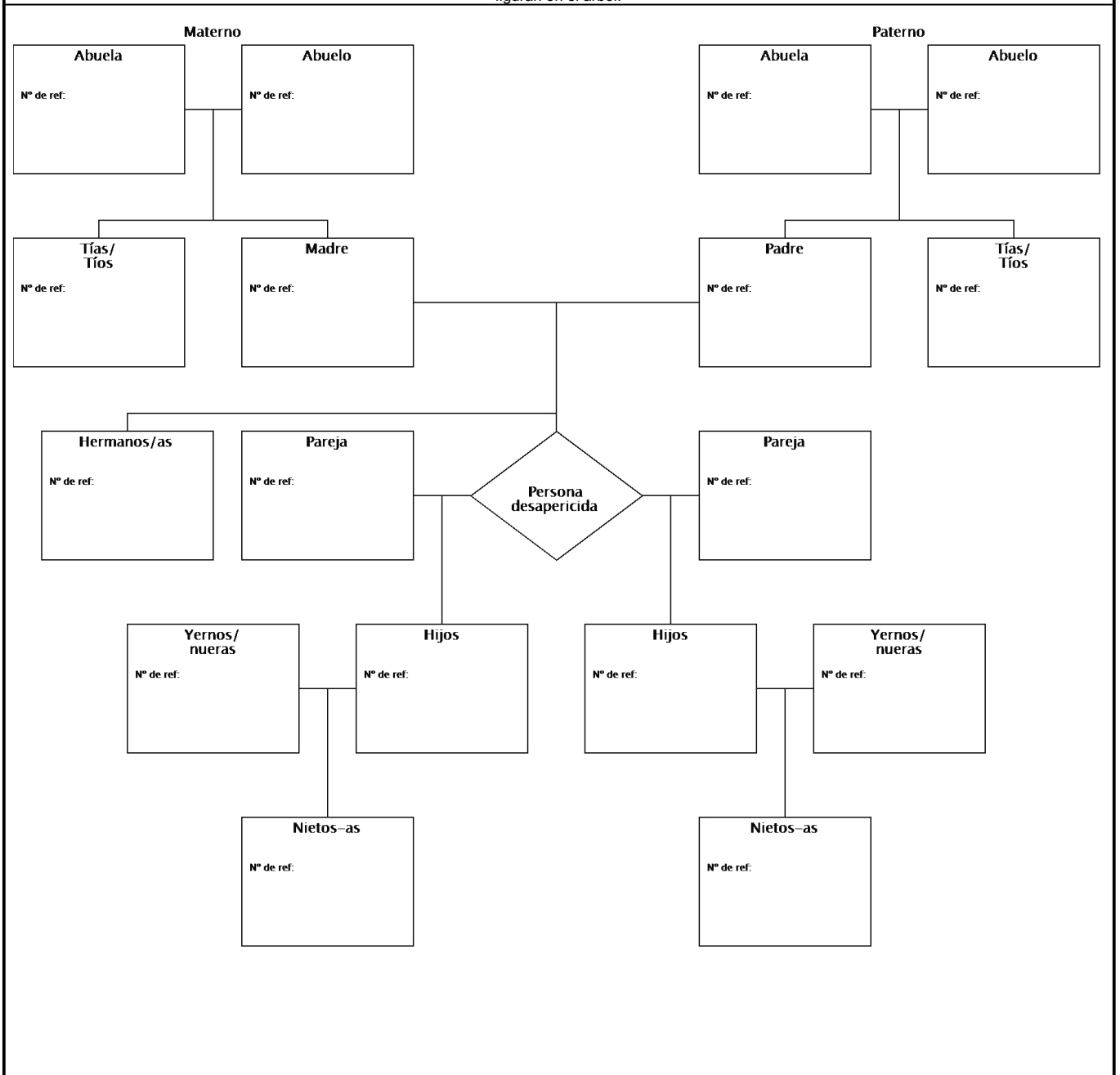
Día      Mes      Año      Edad      Hombre      Mujer      Otros      Se desconoce

a = Datos no disponibles    b = Elementos adjuntos    c = Más información en pág. de información adicional (700)

DATOS PATOLÓGICOS (información relacionada con el ADN)				a	b	c	
555	Referencia	Nº: 1	Especifique	2	Fecha de la muestra	3	Referencia de laboratorio
	01 Perfil de ADN						
	02 Biobanco						
	03 Efectos personales						

**ÁRBOL GENEALÓGICO (PARENTESCOS BIOLÓGICOS)**

En el árbol genealógico de parentescos biológicos asigne un nº de ref. a cada pariente. Utilice la pág. de información adicional (700) para añadir los datos que no figuran en el árbol.



NOTA: las muestras de ADN de parientes cercanos, en particular los progenitores e hijos, son más útiles que las muestras de parientes lejanos

Recogidos por	Cargo	:	Firma / fecha
	Nombre	:	
	Dirección	:	
	Tel. / e-mail	:	



Apellido(s): ..... AM Nº: \_\_\_\_\_

Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a = Datos no disponibles    b = Elementos adjuntos    c = Más información en pág. de información adicional (700)

DATOS ODONTOLÓGICOS					a	b	c
600	<b>Odontólogo/entidad</b> Nombre Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail						
	01 Periodo abarcado	Historiales médicos Desde: 1 <input type="checkbox"/>	Hasta: _____				
	02 Arch. adjunto	Radiografías 1 <input type="checkbox"/>	Moldes 2 <input type="checkbox"/>	Fotos 3 <input type="checkbox"/>	Otro (precise): 4 <input type="checkbox"/>		
605	<b>Odontólogo/entidad</b> Nombre Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail						
	01 Periodo abarcado	Historiales médicos Desde: 1 <input type="checkbox"/>	Hasta: _____				
	02 Arch. adjunto	Radiografías 1 <input type="checkbox"/>	Moldes 2 <input type="checkbox"/>	Fotos 3 <input type="checkbox"/>	Otro (precise): 4 <input type="checkbox"/>		
615	<b>Imágenes dentales disponibles</b>	1 Digitales	2 Núm. de imágenes	3 No digitales	4 Núm. de imágenes		
	01 Periapical	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	02 Interproximal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	03 Ortopantomograma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	04 Tomografía computarizada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	05 Otras radiografías	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	06 Fotografías	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
620	<b>Otra documentación</b>						

<b>Recogidos por</b>	Cargo :	<i>Firma / fecha</i>
	Nombre :	
	Dirección :	
	Tel. / e-mail :	

Apellido(s): ..... AM Nº: \_\_\_\_\_

Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento: Día   Mes   Año     Edad  Hombre  Mujer  Otros  Se desconoce

a = Datos no disponibles

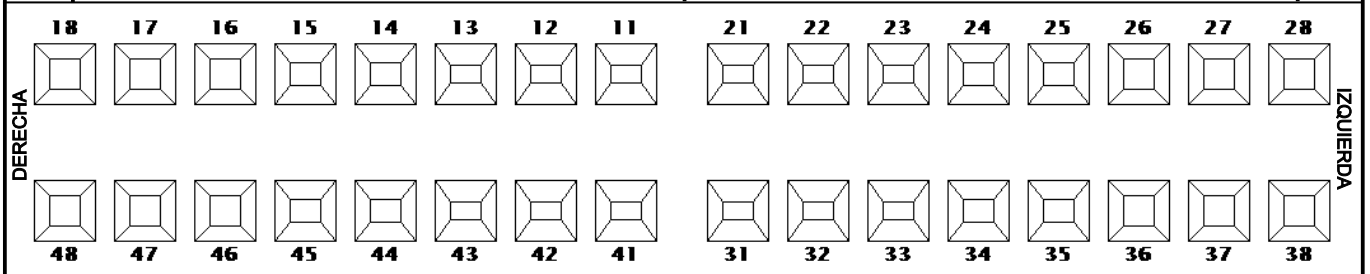
b = Elementos adjuntos

c = Más información en pág. de información adicional (700)

**DATOS ODONTOLÓGICOS**

630 Estado de la dentadura (para dientes de leche, indíquese el código específico de la FDI)

11			21
12			22
13			23
14			24
15			25
16			26
17			27
18			28



48			38
47			37
46			36
45			35
44			34
43			33
42			32
41			31

635	Datos particulares	1 <input type="checkbox"/> Coronas 2 <input type="checkbox"/> Puentes 3 <input type="checkbox"/> Implantes 4 <input type="checkbox"/> Dientes postizos 5 <input type="checkbox"/> Otros	a	b	c
640	Otros datos	1 <input type="checkbox"/> Oclusión 2 <input type="checkbox"/> Erosión dental 3 <input type="checkbox"/> Estado periodontal 4 <input type="checkbox"/> Supernumerarios 5 <input type="checkbox"/> Manchas 6 <input type="checkbox"/> Otros			
645	Tipo de dentición	1 <input type="checkbox"/> Dentición primaria 2 <input type="checkbox"/> Dentición mixta 3 <input type="checkbox"/> Dentición permanente			
650	Control de calidad	Fecha: _____ Firma: _____ Nombre 1er odontólogo forense: _____ Fecha: _____ Firma: _____ Nombre 2º odontólogo forense: _____			

Recogidos por	Cargo : _____	Firma / fecha
	Nombre : _____	
	Dirección : _____	
	Tel. / e-mail : _____	











Apellido(s): ..... AM Nº: \_\_\_\_\_  
 Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento:

Día Mes Año Edad Hombre Mujer Otros Se desconoce

a = Datos no disponibles    b = Elementos adjuntos    c = Más información en pág. de información adicional (700)

805 ANEXO ADN				a	b	c
810	Laboratorio de análisis	Nombre: _____ E-mail: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Fecha de la muestra: _____				
815	Normas del laboratorio	Acreditadas por: _____ No acreditado 1 <input type="checkbox"/>				
820	Kit(s) STR utilizados	Nombre(s) de kit(s) utilizado(s): _____				
825	ADN	Persona desaparecida	Referencia - Nº de ref.: _____			
	VWA					
	TH01					
	D21S11					
	FGA					
	D8S1179					
	D3S1358					
	D18S51					
	Amelogenina					
	TPOX					
	CSF1PO					
	D13S317					
	D7S820					
	D5S818					
	D16S539					
	D2S1338					
	D19S433					
	Penta D					
	Penta E					
	D1S1656					
	D2S441					
	D10S1248					
	D22S1045					
	D12S391					
	SE33					
	D6S1043					
<i>Si desea añadir más información sobre los marcadores mencionados, marque la columna c y utilice la página 700, Información adicional.</i>						
830	Pág. adicional sobre perfiles de ADN (805-825) 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí					

<b>Recogidos por</b>	Cargo	:		<i>Firma / fecha</i>
	Nombre	:		
	Dirección	:		
	Tel. / e-mail	:		

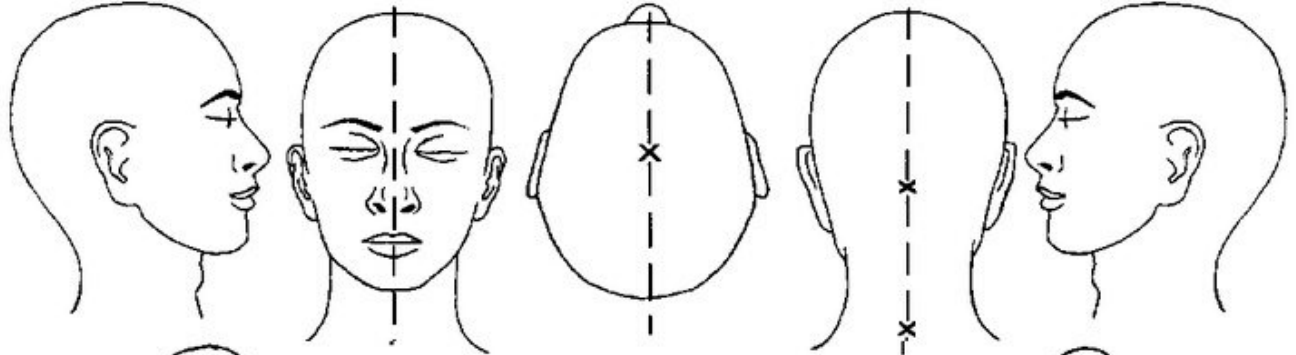
Apellido(s): ..... AM Nº: \_\_\_\_\_

Nombre(s): .....

Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)



DERECHA      IZQUIERDA

IZQUIERDA      DERECHA

