



Lugar de la catástrofe: ..... PM Nº: .....

Tipo de catástrofe: .....

Fecha del la catástrofe:

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

EFECTOS PERSONALES						a	b	c						
300	<b>Ropa</b>	Nº: 1	Tipo/estilo	2	Color predominante	3	Marca	4	Material	5	Talla			
	<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>	Nº: 1	Tipo/estilo	2	Color predominante	3	Marca	4	Material	5	Talla			
	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.

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

Lugar de la catástrofe: ..... PM N°: .....

Tipo de catástrofe: .....

Fecha del la catástrofe: 

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

a = Datos no disponibles

b = Elementos adjuntos

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

EFECTOS PERSONALES						a	b	c		
<b>310</b>	<b>Reloj</b>	<b>N°:</b>	<b>1</b> <i>Marca</i>	<b>2</b> <i>Modelo</i>	<b>3</b> <i>Color predominant</i>	<b>4</b> <i>Material</i>	<b>5</b> <i>Inscripciones</i>			
	01 Reloj de pulsera digital									
	02 Reloj de pulsera analógico									
	03 Reloj de pulsera									
	04 Reloj inteligente		<i>Izqda.</i>	<i>Dcha.</i>	<i>Exterior</i>	<i>Interior</i>				
	05 Si reloj de pulsera, llevado en muñeca		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
	06 Correa/cadena de reloj de pulsera		<i>De cuero</i>	<i>Metálica</i>	<i>De goma</i>	<i>Otro (precise):</i>				
	07 Reloj de otro tipo		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
			<i>Llevado en:</i> _____							
<b>315</b>	<b>Gafas</b>	<b>N°:</b>	<b>1</b> <i>Marca</i>	<b>2</b> <i>Modelo</i>	<b>3</b> <i>Color predominant</i>	<b>4</b> <i>Material</i>	<b>5</b> <i>Inscripciones</i>			
	01 Montura									
	02 Lentes (de vidrio)		<i>Fotocromáticas</i>	<i>Coloreadas</i>						
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <i>No</i>	3 <input type="checkbox"/> <i>Sí (especifique):</i> _____					
	03 Forma de las lentes		<i>Redonda</i>	<i>Ovalada</i>	<i>Cuadrada</i>	<i>Media luna</i>	<i>Sin montura</i>	<i>Montura completa</i>		
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>		
	04 Material/tipo de las lentes		<i>Vidrio</i>	<i>Policarbonato</i>	<i>Bifocales</i>	<i>Progresivas</i>				
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
<b>320</b>	<b>Lentes de contacto</b>		<i>No</i>	<i>Sí (indique si son de color)</i>						
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>						
<b>325</b>	<b>Audífonos</b>		<i>No</i>	<i>Sí (especifique):</i>		<i>N° de serie:</i>				
	01 Izquierdo		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>						
	02 Derecho		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>						
<b>330</b>	<b>Prótesis externas</b>		<i>No</i>	<i>Sí (especifique):</i>		<i>N° de serie:</i>				
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>						
<b>335</b>	<b>Joyas</b>	<b>N°:</b>	<b>1</b> <i>Tipo/estilo</i>	<b>2</b> <i>Color predominant</i>	<b>3</b> <i>Material</i>	<b>4</b> <i>Inscripciones</i>	<b>5</b> <i>Llevado en</i>			
	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"									

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

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



Lugar de la catástrofe: ..... PM N°: .....

Tipo de catástrofe: .....

Fecha del la catástrofe: 

Día	Mes	Año	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"/>

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

DESCRIPCIÓN DEL CADÁVER (aparición)			a	b	c
402	Estado del cadáver	Integro 1 <input type="checkbox"/>	Incompleto 2 <input type="checkbox"/>		
404	Señas particulares	N°: 1 Cicatrices	2 Piercings	3 Tatuajes	
	<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				
	N°: 4 Marcas	5 Malformaciones	6 Amputaciones		
408	Talla	Mín _____ cm / Máx _____ cm	Mín _____ pies _____ pulg / Máx _____ pies _____ pulg		
412	Peso	Mín _____ kg / Máx _____ kg	Mín _____ libr / Máx _____ libr		
416	Complexión	Delgada 1 <input type="checkbox"/>	Media 2 <input type="checkbox"/>	Corpulenta 3 <input type="checkbox"/>	
420	Cabello	Natural 1 <input type="checkbox"/>	Extensiones 2 <input type="checkbox"/>	Postizo 3 <input type="checkbox"/>	Peluca 4 <input type="checkbox"/>
	01 Tipo				Implantes 5 <input type="checkbox"/>
	02 Longitud	Corto < 6 cm / 2,4 pulg 1 <input type="checkbox"/>	Media < 12 cm / 4,7 pulg 2 <input type="checkbox"/>	Largo > 12 cm / 4,7 pulg 3 <input type="checkbox"/>	
	03 Color del tinte	Rapado 4 <input type="checkbox"/>	Ninguno/desconocido 1 <input type="checkbox"/>	Mechas 2 <input type="checkbox"/>	
	04 Color natural	Rubio 3 <input type="checkbox"/>	Castaño 4 <input type="checkbox"/>	Negro 5 <input type="checkbox"/>	Pelirrojo 6 <input type="checkbox"/>
	05 Calvicie	Gris 7 <input type="checkbox"/>	Blanco 8 <input type="checkbox"/>	Entrecano 9 <input type="checkbox"/>	Otros (precise): 10 <input type="text"/>
	06 Rasgo(s) distintivo(s)	Rubio 1 <input type="checkbox"/>	Castaño 2 <input type="checkbox"/>	Negro 3 <input type="checkbox"/>	Pelirrojo 4 <input type="checkbox"/>
		Gris 5 <input type="checkbox"/>	Blanco 6 <input type="checkbox"/>	Entrecano 7 <input type="checkbox"/>	Otro (precise): 8 <input type="text"/>
		Parcial 1 <input type="checkbox"/>	Total 2 <input type="checkbox"/>	Frontal 3 <input type="checkbox"/>	Lateral 4 <input type="checkbox"/>
				Coronilla 5 <input type="checkbox"/>	
		Describa (y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): _____			

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

**Lugar de la catástrofe:** ..... **PM N°:** \_\_\_\_\_

**Tipo de catástrofe:** .....

**Fecha de la catástrofe:**

Hombre    Mujer    Otros    Se desconoce

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

DESCRIPCIÓN FÍSICA (aparición)			a	b	c																		
<b>424</b>	<b>Cejas</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
<b>428</b>	<b>Ojos</b> 01 Color (Izqdo. y dcho.) 02 Rasgo(s) distintivo(s)	<table border="0"> <tr> <td><b>Azul</b> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D</td> <td><b>Gris</b> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D</td> <td><b>Verde</b> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D</td> <td><b>Castaño</b> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D</td> </tr> <tr> <td><b>Negro</b> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D</td> <td><b>Avellana</b> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D</td> <td><b>Rojo oscuro</b> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D</td> <td><b>Rosa</b> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D</td> </tr> </table> Estrab. converge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estrab. divergent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ojo artificial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro (precise): <input type="checkbox"/>	<b>Azul</b> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Gris</b> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Verde</b> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Castaño</b> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Negro</b> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Avellana</b> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Rojo oscuro</b> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Rosa</b> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D													
<b>Azul</b> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Gris</b> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Verde</b> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Castaño</b> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D																				
<b>Negro</b> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Avellana</b> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Rojo oscuro</b> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D	<b>Rosa</b> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I D																				
<b>432</b>	<b>Nariz</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
<b>436</b>	<b>Vello facial</b> 01 Tipo 02 Color	<table border="0"> <tr> <td><b>Afeitado</b> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Bigote</b> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Perilla</b> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Patillas</b> 4 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Barba y bigote</b> 5 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Otros (especifique en pág. 700)</b> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Rubio</b> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Castaño</b> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Negro</b> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Pelirrojo</b> 4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><b>Gris</b> 5 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Blanco</b> 6 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Entrecano</b> 7 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Otro (precise):</b> 8 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	<b>Afeitado</b> 1 <input type="checkbox"/>	<b>Bigote</b> 2 <input type="checkbox"/>	<b>Perilla</b> 3 <input type="checkbox"/>	<b>Patillas</b> 4 <input type="checkbox"/>	<b>Barba y bigote</b> 5 <input type="checkbox"/>	<b>Otros (especifique en pág. 700)</b> 6 <input type="checkbox"/>	<b>Rubio</b> 1 <input type="checkbox"/>	<b>Castaño</b> 2 <input type="checkbox"/>	<b>Negro</b> 3 <input type="checkbox"/>	<b>Pelirrojo</b> 4 <input type="checkbox"/>			<b>Gris</b> 5 <input type="checkbox"/>	<b>Blanco</b> 6 <input type="checkbox"/>	<b>Entrecano</b> 7 <input type="checkbox"/>	<b>Otro (precise):</b> 8 <input type="checkbox"/>					
<b>Afeitado</b> 1 <input type="checkbox"/>	<b>Bigote</b> 2 <input type="checkbox"/>	<b>Perilla</b> 3 <input type="checkbox"/>	<b>Patillas</b> 4 <input type="checkbox"/>	<b>Barba y bigote</b> 5 <input type="checkbox"/>	<b>Otros (especifique en pág. 700)</b> 6 <input type="checkbox"/>																		
<b>Rubio</b> 1 <input type="checkbox"/>	<b>Castaño</b> 2 <input type="checkbox"/>	<b>Negro</b> 3 <input type="checkbox"/>	<b>Pelirrojo</b> 4 <input type="checkbox"/>																				
<b>Gris</b> 5 <input type="checkbox"/>	<b>Blanco</b> 6 <input type="checkbox"/>	<b>Entrecano</b> 7 <input type="checkbox"/>	<b>Otro (precise):</b> 8 <input type="checkbox"/>																				
<b>440</b>	<b>Orejas</b> 01 Lóbulos/con agujeros 02 Rasgo(s) distintivo(s)	Pegado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Izdo. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Dcho. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
<b>444</b>	<b>Boca/dientes</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
<b>448</b>	<b>Labios</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
<b>452</b>	<b>Mentón</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
<b>456</b>	<b>Cuello</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
<b>460</b>	<b>Manos/uñas</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
<b>464</b>	<b>Pies/uñas</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
<b>468</b>	<b>Vello corporal/púbico</b> 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
<b>472</b>	<b>Circuncisión</b>	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>																					
<b>476</b>	<b>Ascendencia</b>	<table border="0"> <tr> <td><b>Europea</b> 1 <input type="checkbox"/> Blanca</td> <td><b>Africana</b> 2 <input type="checkbox"/> Negra</td> <td><b>Asiática</b> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><b>Otros</b> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Mixta (precise): 5 <input type="checkbox"/>	<b>Europea</b> 1 <input type="checkbox"/> Blanca	<b>Africana</b> 2 <input type="checkbox"/> Negra	<b>Asiática</b> 3 <input type="checkbox"/>	<b>Otros</b> 4 <input type="checkbox"/>																	
<b>Europea</b> 1 <input type="checkbox"/> Blanca	<b>Africana</b> 2 <input type="checkbox"/> Negra	<b>Asiática</b> 3 <input type="checkbox"/>	<b>Otros</b> 4 <input type="checkbox"/>																				

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

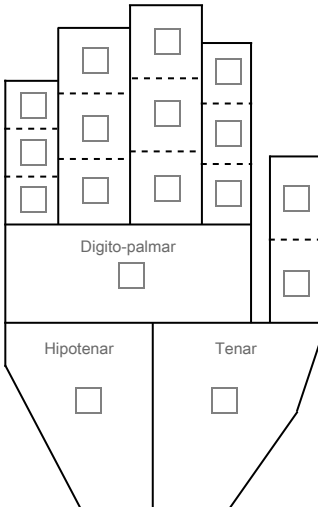
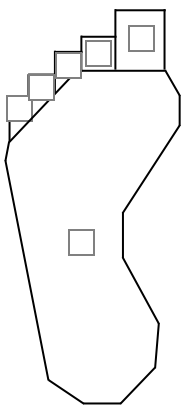
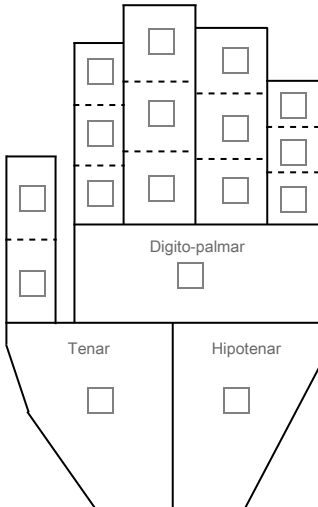
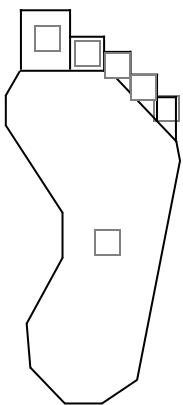
**Lugar de la catástrofe:** ..... **PM N°:** \_\_\_\_\_

**Tipo de catástrofe:** .....

**Fecha del la catástrofe:**

Día	Mes	Año	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"/>

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

<b>DESCRIPCIÓN DEL CADÁVER (datos dactiloscópicos)</b>		<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>				
<b>484</b>	<b>Huellas tomadas a partir de</b>	<i>Epidermis</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Dermis</i> 2 <input type="checkbox"/>					
<b>488</b>	<b>Técnica utilizada para tomar huellas dactilares</b>	<i>Limpieza e impresión</i> 1 <input type="checkbox"/>  <i>Guante epidérmico</i> 3 <input type="checkbox"/>  <i>Otro (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____	<i>Escaldadura</i> 2 <input type="checkbox"/>  <i>Agente de vaciado a base de silicona</i> 4 <input type="checkbox"/>					
<b>492</b>	<b>Técnica de revelado de huellas dactilares</b>	<i>Polvo negro y etiqueta adhesiva</i> 1 <input type="checkbox"/>  <i>Escáner digital</i> 3 <input type="checkbox"/>  <i>Otro (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____	<i>Tinta</i> 2 <input type="checkbox"/>  <i>Fotografía</i> 4 <input type="checkbox"/>					
<b>496</b>	<b>Procedencia de las huellas</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>IZQUIERDA</b></p>  </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>DERECHA</b></p>  </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><b>SOMBREE LAS PARTES DE LAS QUE SE TOMARON LAS HUELLAS</b></p>						

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





**Lugar de la catástrofe:** ..... **PM N°:** \_\_\_\_\_

**Tipo de catástrofe:** .....

**Fecha de la catástrofe:**

Día	Mes	Año	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"/>

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

<b>PATOLOGÍA</b>			<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>		
<b>520</b>	<b>Prótesis</b>	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (especifique): 2 <input type="text"/>		N° de serie: _____		
<b>525</b>	<b>Otras piezas artificiales</b>	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (especifique): 2 <input type="text"/>				
<b>535</b>	<b>Sexo</b>	Hombre 1 <input type="checkbox"/>	Mujer 2 <input type="checkbox"/>	No determinable 3 <input type="checkbox"/>	Motivo: _____		
<b>540</b>	<b>Edad estimada</b> 01 Edad (En años o en meses) 02 Método utilizado	Mín _____ año	Máx _____ año	Mín _____ mes	Máx _____ mes		
		Precise: _____					
<b>545</b>	<b>Muestras de ADN tomadas</b>						
Número de muestras _____							
Tipo		Hueso 1 <input type="checkbox"/>	Dentadura 2 <input type="checkbox"/>	Músculo 3 <input type="checkbox"/>	Sangre 4 <input type="checkbox"/>	Otro (precise): 5 <input type="text"/>	
Tarjeta con muestras de:		Células bucales 6 <input type="checkbox"/>		Sangre 7 <input type="checkbox"/>	Tejido 8 <input type="checkbox"/>		
Estado		Fresca 1 <input type="checkbox"/>	Ligeramente descompuesta 2 <input type="checkbox"/>	Moderadamente descompuesta 3 <input type="checkbox"/>	Muy descompuesta 4 <input type="checkbox"/>	Esqueletizada 5 <input type="checkbox"/>	Quemada 6 <input type="checkbox"/>
Número de muestras _____							
Tipo		Hueso 1 <input type="checkbox"/>	Dentadura 2 <input type="checkbox"/>	Músculo 3 <input type="checkbox"/>	Sangre 4 <input type="checkbox"/>	Otro (precise): 5 <input type="text"/>	
Tarjeta con muestras de:		Células bucales 6 <input type="checkbox"/>		Sangre 7 <input type="checkbox"/>	Tejido 8 <input type="checkbox"/>		
Estado		Fresca 1 <input type="checkbox"/>	Ligeramente descompuesta 2 <input type="checkbox"/>	Moderadamente descompuesta 3 <input type="checkbox"/>	Muy descompuesta 4 <input type="checkbox"/>	Esqueletizada 5 <input type="checkbox"/>	Quemada 6 <input type="checkbox"/>
Número de muestras _____							
Tipo		Hueso 1 <input type="checkbox"/>	Dentadura 2 <input type="checkbox"/>	Músculo 3 <input type="checkbox"/>	Sangre 4 <input type="checkbox"/>	Otro (precise): 5 <input type="text"/>	
Tarjeta con muestras de:		Células bucales 6 <input type="checkbox"/>		Sangre 7 <input type="checkbox"/>	Tejido 8 <input type="checkbox"/>		
Estado		Fresca 1 <input type="checkbox"/>	Ligeramente descompuesta 2 <input type="checkbox"/>	Moderadamente descompuesta 3 <input type="checkbox"/>	Muy descompuesta 4 <input type="checkbox"/>	Esqueletizada 5 <input type="checkbox"/>	Quemada 6 <input type="checkbox"/>
Número de muestras _____							
Tipo		Hueso 1 <input type="checkbox"/>	Dentadura 2 <input type="checkbox"/>	Músculo 3 <input type="checkbox"/>	Sangre 4 <input type="checkbox"/>	Otro (precise): 5 <input type="text"/>	
Tarjeta con muestras de:		Células bucales 6 <input type="checkbox"/>		Sangre 7 <input type="checkbox"/>	Tejido 8 <input type="checkbox"/>		
Estado		Fresca 1 <input type="checkbox"/>	Ligeramente descompuesta 2 <input type="checkbox"/>	Moderadamente descompuesta 3 <input type="checkbox"/>	Muy descompuesta 4 <input type="checkbox"/>	Esqueletizada 5 <input type="checkbox"/>	Quemada 6 <input type="checkbox"/>
<b>550</b>	<b>Info. complementaria sobre identificación</b>						

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

Lugar de la catástrofe: ..... PM N°: .....

Tipo de catástrofe: .....

Fecha del la catástrofe:

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

DATOS ODONTOLÓGICOS					a	b	c		
610	<b>Material disponible para examen</b>	<i>Comprobar</i>		<i>Muestra que se toma</i>					
		<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Inferior						
		<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Inferior						
		Códigos FDI:							
615	<b>Imágenes dentales disponibles</b>	<b>1</b> Digitales	<b>2</b> Núm. de imágenes	<b>3</b> No digitales	<b>4</b> Núm. de imágenes				
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
625	<b>Datos complementarios</b>	01 Estado del cuerpo							
		03 Otros datos							

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

Lugar de la catástrofe: ..... PM N°: .....

Tipo de catástrofe: .....

Fecha de la catástrofe: 

Día	Mes	Año	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				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
DERECHA																IZQUIERDA
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
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														
647	Edad estimada	Mín _____ año              Máx _____ año              Mín _____ mes              Máx _____ mes (En años o en meses)														
650	Control de calidad	Fecha: _____              Firma: _____ Nombre 1er odontólogo forense: _____ ----- Fecha: _____              Firma: _____ Nombre 2º odontólogo forense: _____														

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













Lugar de la catástrofe: .....

PM N°: \_\_\_\_\_

Tipo de catástrofe: .....

Fecha del la catástrofe: 

Día	Mes	Año

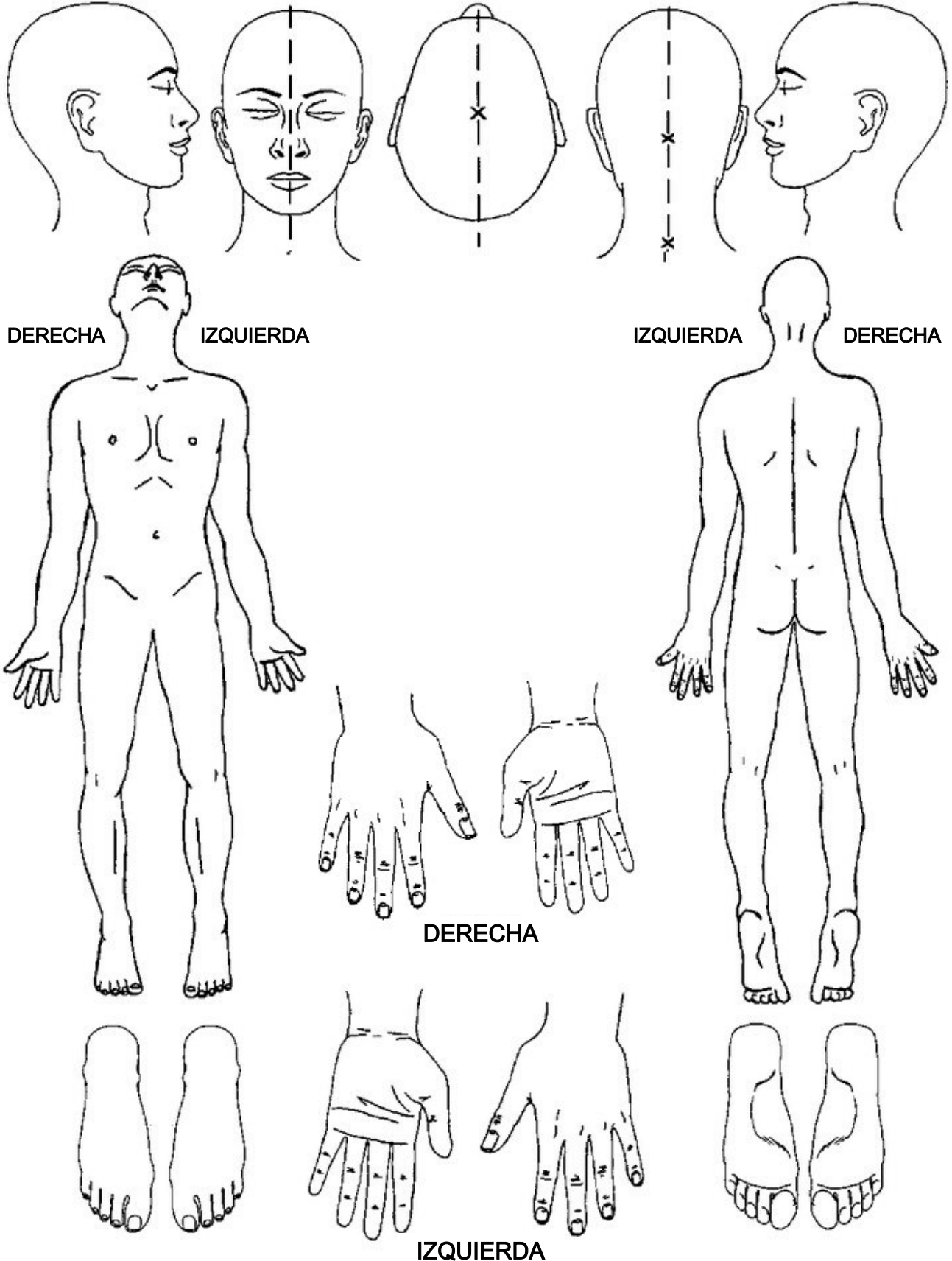
Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce

a = Datos no disponibles

b = Elementos adjuntos

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

**835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)**



Lugar de la catástrofe: .....

PM N°: .....

Tipo de catástrofe: .....

Fecha de la catástrofe:

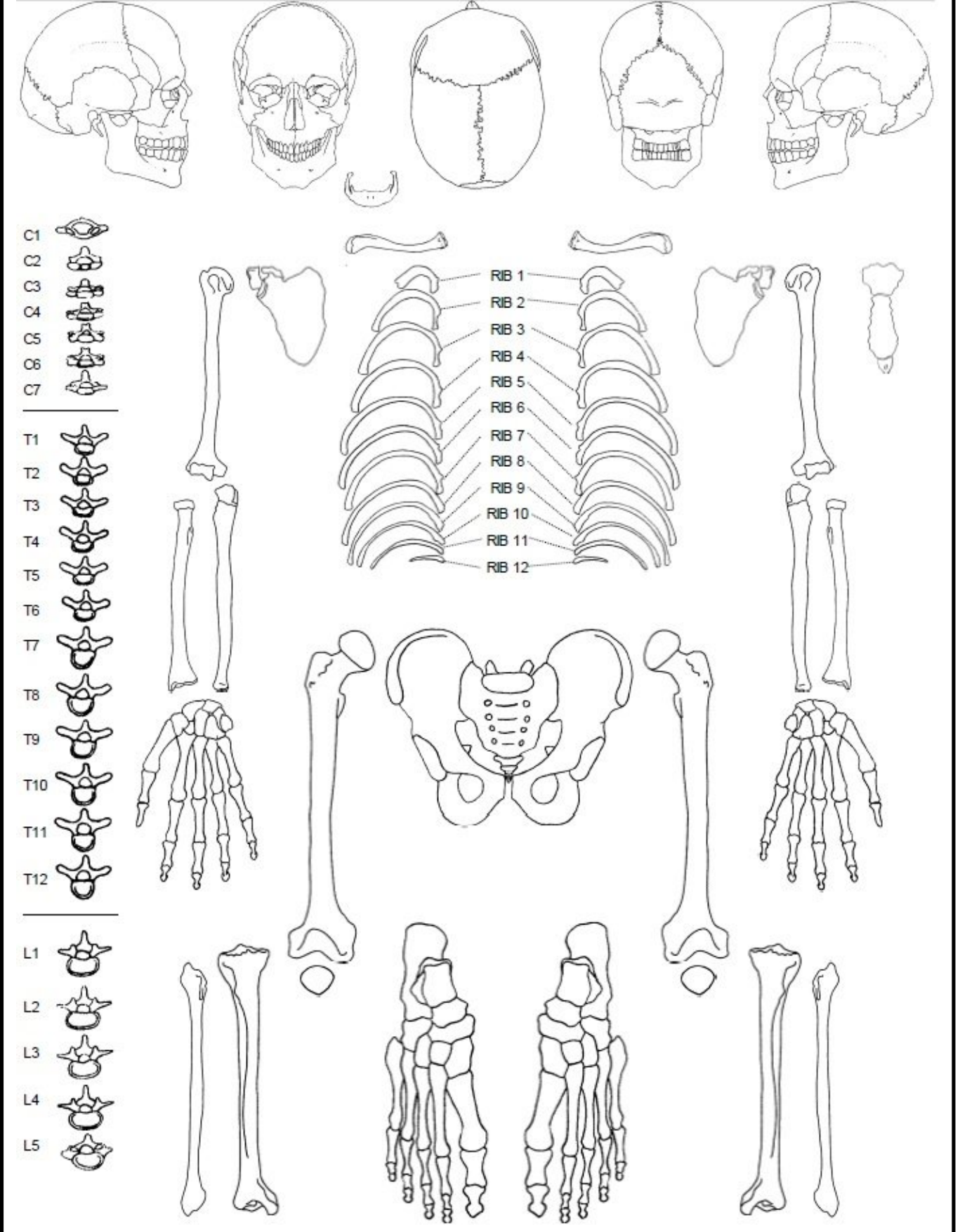
Hombre  Mujer  Otros  Se desconoce

a = Datos no disponibles

b = Elementos adjuntos

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

840 ANEXO - ESQUEMA DEL ESQUELETO (opcional)



Lugar de la catástrofe: ..... PM N°: \_\_\_\_\_

Tipo de catástrofe: .....

Fecha del la catástrofe: 

Día	Mes	Año	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
<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)

850 ANEXO EXAMEN RADIOLÓGICO				a	b	c
852	Modalidad	Rayos X 1 <input type="checkbox"/>	Tomografía computarizada 2 <input type="checkbox"/>	Fluoroscopia 3 <input type="checkbox"/>	Otro (precise) 4 <input type="checkbox"/>	
854	Aspectos técnicos	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (especifique): 2 <input type="checkbox"/>			
856	Tipo de restos	Humano 1 <input type="checkbox"/>	No humano 2 <input type="checkbox"/>	Mixto 3 <input type="checkbox"/>	Incierto 4 <input type="checkbox"/>	
858	Estado de los restos	Intacto 1 <input type="checkbox"/>	Incompleto 2 <input type="checkbox"/>	Partes del cuerpo independientes (especifique): 3 <input type="checkbox"/>		
860	Enfermedades	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (especifique a continu 2 <input type="checkbox"/>			
862	Tratamiento dental	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (especifique a continu 2 <input type="checkbox"/>			
864	Implantes	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (especifique a continu 2 <input type="checkbox"/>			
866	Hallazgos forenses significativos	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (especifique a continu 2 <input type="checkbox"/>			
868	Peligros	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (especifique a continu 2 <input type="checkbox"/>			
870	Datos complementarios					
872	Imágenes anexas	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (especifique) 2 <input type="checkbox"/>			

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