

Apellido(s): _____ **AM N°:** _____

Nombre(s): _____

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

Tipo de catástrofe: _____

Lugar de la catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* *Mes* *Año*

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

DATOS ADMINISTRATIVOS		a	b	c
100	Organismo responsable Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail	OCN de INTERPOL: Expediente policial n°:		
105	Datos facilitados por Nombre Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail Parentesco	Fecha: _____		
110	Datos entregados a Nombre Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail Parentesco	1 <input type="checkbox"/> véase 105		
115	Pareja 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	Toma de huellas dactilares 01 Fuente	1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí Dónde: _____ Precise: _____ Fecha: _____		
125	Si no, ¿pueden obtenerse huellas dactilares en el domicilio / trabajo / otros? 01 Dirección Véase también 480	1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí Precise fuentes de huellas de eliminación en página de información adicional (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: <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Día</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Mes</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Año</i>	<i>Edad</i> <input type="text"/> <i>Hombre</i> <input type="checkbox"/> <i>Mujer</i> <input type="checkbox"/> <i>Se desconoce</i> <input type="checkbox"/>

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		<i>Apellido(s) de soltera de la madre:</i>		
205	Apodos				
210	Otros nombres 01 Otros nombres Nombre	<i>Nombre(s)</i> _____ <i>Apellido:</i> _____			
	Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>Día</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Mes</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Año</i>			
	Lugar de nacimiento	<i>Localidad:</i> _____ <i>País:</i> _____			
	02 Otros nombres Nombre	<i>Nombre(s)</i> _____ <i>Apellido:</i> _____			
	Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>Día</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Mes</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Año</i>			
	Lugar de nacimiento	<i>Localidad:</i> _____ <i>País:</i> _____			
215	Nacionalidad	<i>País:</i> _____	<i>Múltiple nacionalidad:</i>		
220	Lugar de nacimiento	<i>Localidad:</i> _____	<i>País:</i> _____		
225	N° del documento de identidad Número	_____			
	País de expedición	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Indíquese el código ISO 3166-1 alfa-3 (p. ej. AUS para Australia)</i>			
230	Estado civil	<i>Prometido/a (fecha):</i> 1 <input type="checkbox"/> _____ <i>Concubinato</i> 2 <input type="checkbox"/> _____ <i>Casado/a (fecha):</i> 3 <input type="checkbox"/> _____ <i>Divorciado/a</i> 4 <input type="checkbox"/> _____ <i>Viudo/a</i> 5 <input type="checkbox"/> _____			
	Si soltero/a, véase 115				
235	Profesión				
240	Dirección postal actual				
	Calle / N°				
	Código postal / Ciudad				
	Estado / País				
	Tel. / e-mail				
	Teléfono móvil				
245	Religión	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (precise):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____			

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

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

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

Apellido(s): _____	AM N°: _____
Nombre(s): _____	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Día</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Mes</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Año</i>	Edad <input type="text"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se desconoce <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	N°:	1	Marca	2	Modelo	3	Color	4	Material	5	Inscripciones					
	01 Reloj de pulsera digital																
	02 Reloj de pulsera analógico																
	03 Reloj de pulsera digital/analógico																
	04 Si reloj de pulsera, llevado en muñeca	<i>Izqda.</i>	<i>Dcha.</i>	<i>Exterior</i>	<i>Interior</i>												
	05 Correa/cadena de reloj de pulsera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>												
06 Reloj de otro tipo	<i>De cuero</i>	<i>Metálica</i>	<i>De goma</i>	<i>Otras (precise):</i>													
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<i>Llevado en:</i> _____											
315	Gafas	1	Marca	2	Modelo	3	Color	4	Material	5	Inscripciones						
	01 Montura																
	02 Lentes (de vidrio)	<i>Fotocromáticas</i>	<i>Coloreadas</i>														
	03 Forma de las lentes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <i>No</i>	3 <input type="checkbox"/> <i>Sí (precise):</i>													
	04 Material/tipo 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"/>										
		<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"/>												
320	Lentes de contacto	<i>No</i>	<i>Sí (indique si son de color)</i>														
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>														
325	Audifonos	<i>No</i>	<i>Sí (precise):</i>					<i>N° de serie:</i>									
	01 Izquierdo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>														
	02 Derecho	<i>No</i>	<i>Sí (precise):</i>					<i>N° de serie:</i>									
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>														
330	Prótesis externas	<i>No</i>	<i>Sí (precise):</i>					<i>N° de serie:</i>									
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>														
335	Joyas	N°:	1	Tipo	2	Color	3	Material	4	Inscripciones	5	Llevado en					
	01 Pulsera de tobillo																
	02 Pulsera																
	03 Pendientes de clip																
	04 Pendientes																
	05 Cadenas																
	06 Collares																
	07 Anillo de nariz																
	08 Colgante para cadena																
	09 Anillo de matrimonio																
	10 Otros anillos																
	99 Otras																
	Si marca "99 Otras" describa el tipo de artículo en la columna "1 Tipo".																

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 N°:** _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: *Día* *Mes* *Año* *Edad* *Hombre* *Mujer* *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						
340 Documentos de identidad 01 Tarjetas bancarias 02 Permiso de conducir 03 Documento de identidad 04 Pasaporte 09 Otros Si marca "99 Otros", describa el tipo de documento en la columna "3 Detalles".	N°:	1	<i>Nacionalidad</i>	2	<i>Número</i>	3	<i>Detalles</i>	4	<i>Biométrico</i>	5	<i>Chip</i>					
345 Pertenencias 01 Tarjetas inteligentes/ llaves 02 Riñonera 03 Dinero 04 Diario/agenda 05 Monedero 06 Entrada 07 Cartera 09 Otras Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".	N°:	1	<i>Marca</i>	2	<i>Modelo</i>	3	<i>Color</i>	4	<i>Material</i>	5	<i>N° de serie</i>	6	<i>Inscripciones</i>			
350 Aparatos electrónicos 01 Máquina de fotos 02 Teléfono móvil 03 Reproductor de música 04 Tarjeta SIM 05 Tableta/dispositivo portátil 06 Vídeo 09 Otros Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".	N°:	1	<i>Marca</i>	2	<i>Modelo</i>	3	<i>Color</i>	4	<i>Material</i>	5	<i>N° de serie</i>	6	<i>Inscripciones</i>			

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 : _____	

AM N°: _____

Apellido(s): _____

Nombre(s): _____

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

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

DESCRIPCIÓN FÍSICA (aparición)						a	b	c	
404 Señas particulares	N°: 1 <i>Cicatrices</i>	2 <i>Piercings</i>	3 <i>Tatuajes</i>						
	Cabeza y cuello								
	01 Cabeza								
	02 Cuello								
	Torso								
	03 Parte anterior del torso								
	04 Parte posterior del torso								
	05 Genitales								
	06 Nalgas								
	Miembros superiores								
	07 Parte sup brazo dcho.								
	08 Parte sup brazo izqdo.								
	09 Antebrazo dcho.								
	10 Antebrazo izqdo.								
11 Mano derecha									
12 Mano izquierda									
N°: 4 <i>Marcas</i>									
5 <i>Malformaciones</i>									
6 <i>Amputaciones</i>									
Miembros inferiores									
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									
408 Talla	<i>Mín</i> _____ <i>cm</i>	<i>Máx</i> _____ <i>cm</i>	<i>Mín</i> _____ <i>pies</i>	<i>Máx</i> _____ <i>pulg</i>	<i>Mín</i> _____ <i>pies</i>	<i>Máx</i> _____ <i>pulg</i>			
412 Peso	<i>Mín</i> _____ <i>kg</i>	<i>Máx</i> _____ <i>kg</i>	<i>Mín</i> _____ <i>libr</i>	<i>Máx</i> _____ <i>libr</i>					
416 Complexión	<i>Delgada</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Media</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Corpulenta</i> 3 <input type="checkbox"/>						
420 Cabello	01 Tipo	<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"/>			
	02 Longitud	<i>Corto < 6 cm / 2,4 pulg</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Media < 12 cm / 4,7 pulg</i> 2 <input type="checkbox"/>		<i>Largo > 12 cm / 4,7 pulg</i> 3 <input type="checkbox"/>			
	03 Color del tinte	<i>Rapado</i> 4 <input type="checkbox"/>							
		<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"/>				
	04 Color natural	<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="text"/>				
		<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>Otros (precise):</i> 8 <input type="text"/>				
		<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"/>			
	05 Calvicie	<i>Describe (y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i>							
	06 Rasgo(s) distintivo(s)								

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

Apellido(s): _____	AM Nº: _____

Nombre(s): _____	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Mes</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Año</small>	<input type="text"/> <small>Edad</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Hombre</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Mujer</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Se desconoce</small>

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	Cejas 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
428	Ojos 01 Color (Izqdo. y dcho.) 02 Rasgo(s) distintivo(s)	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%;">Azul 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:25%;">Gris 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:25%;">Verde 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:25%;">Castaño 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Negro 5 <input type="checkbox"/></td> <td>Avellana 6 <input type="checkbox"/></td> <td>Rojo oscuro 7 <input type="checkbox"/></td> <td>Rosa 8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Estrab. convergente 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Estrab. divergente 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Ojo artificial 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Otros (precise): 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Azul 1 <input type="checkbox"/>	Gris 2 <input type="checkbox"/>	Verde 3 <input type="checkbox"/>	Castaño 4 <input type="checkbox"/>	Negro 5 <input type="checkbox"/>	Avellana 6 <input type="checkbox"/>	Rojo oscuro 7 <input type="checkbox"/>	Rosa 8 <input type="checkbox"/>	Estrab. convergente 1 <input type="checkbox"/>	Estrab. divergente 2 <input type="checkbox"/>	Ojo artificial 3 <input type="checkbox"/>	Otros (precise): 5 <input type="checkbox"/>									
Azul 1 <input type="checkbox"/>	Gris 2 <input type="checkbox"/>	Verde 3 <input type="checkbox"/>	Castaño 4 <input type="checkbox"/>																				
Negro 5 <input type="checkbox"/>	Avellana 6 <input type="checkbox"/>	Rojo oscuro 7 <input type="checkbox"/>	Rosa 8 <input type="checkbox"/>																				
Estrab. convergente 1 <input type="checkbox"/>	Estrab. divergente 2 <input type="checkbox"/>	Ojo artificial 3 <input type="checkbox"/>	Otros (precise): 5 <input type="checkbox"/>																				
432	Nariz 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
436	Vello facial 01 Tipo 02 Color	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:16.6%;">Afeitado 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:16.6%;">Bigote 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:16.6%;">Perilla 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:16.6%;">Patillas 4 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:16.6%;">Barba y bigote 5 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:16.6%;">Otros (especifique en pág. 700) 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rubio 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Castaño 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Negro 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Pelirrojo 4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Gris 5 <input type="checkbox"/></td> <td>Blanco 6 <input type="checkbox"/></td> <td>Entrecano 7 <input type="checkbox"/></td> <td>Otros (precise): 8 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Afeitado 1 <input type="checkbox"/>	Bigote 2 <input type="checkbox"/>	Perilla 3 <input type="checkbox"/>	Patillas 4 <input type="checkbox"/>	Barba y bigote 5 <input type="checkbox"/>	Otros (especifique en pág. 700) 6 <input type="checkbox"/>	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"/>	Otros (precise): 8 <input type="checkbox"/>					
Afeitado 1 <input type="checkbox"/>	Bigote 2 <input type="checkbox"/>	Perilla 3 <input type="checkbox"/>	Patillas 4 <input type="checkbox"/>	Barba y bigote 5 <input type="checkbox"/>	Otros (especifique en pág. 700) 6 <input type="checkbox"/>																		
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"/>	Otros (precise): 8 <input type="checkbox"/>																				
440	Orejas 01 Lóbulos/con agujeros 02 Rasgo(s) distintivo(s)	Pegado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Con agujeros - especifique núm. de agujeros 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): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
444	Boca/dientes 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
448	Labios 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
452	Mentón 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
456	Cuello 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
460	Manos/uñas 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
464	Pies/uñas 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
468	Vello corporal/púbico 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
472	Circuncisión	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																					
476	Ascendencia	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%;">Europea 1 <input type="checkbox"/> Blanco</td> <td style="width:25%;">Africana 2 <input type="checkbox"/> Negro</td> <td style="width:25%;">Asiática 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:25%;">Otras (precise): 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Mixta (precise): 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Europea 1 <input type="checkbox"/> Blanco	Africana 2 <input type="checkbox"/> Negro	Asiática 3 <input type="checkbox"/>	Otras (precise): 4 <input type="checkbox"/>	Mixta (precise): 5 <input type="checkbox"/>																
Europea 1 <input type="checkbox"/> Blanco	Africana 2 <input type="checkbox"/> Negro	Asiática 3 <input type="checkbox"/>	Otras (precise): 4 <input type="checkbox"/>																				
Mixta (precise): 5 <input type="checkbox"/>																							
480	Huellas dact. 01 Núm. huellas dactilares tomadas 02 Formato 03 Técnica de revelado	Nº: _____ <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%;">Impres. 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:25%;">Foto digital 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:25%;">Foto 35 mm 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width:25%;">Otros (precise): 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Polvo 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Química 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Otras (precise): 3 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Impres. 1 <input type="checkbox"/>	Foto digital 2 <input type="checkbox"/>	Foto 35 mm 3 <input type="checkbox"/>	Otros (precise): 4 <input type="checkbox"/>	Polvo 1 <input type="checkbox"/>	Química 2 <input type="checkbox"/>	Otras (precise): 3 <input type="checkbox"/>														
Impres. 1 <input type="checkbox"/>	Foto digital 2 <input type="checkbox"/>	Foto 35 mm 3 <input type="checkbox"/>	Otros (precise): 4 <input type="checkbox"/>																				
Polvo 1 <input type="checkbox"/>	Química 2 <input type="checkbox"/>	Otras (precise): 3 <input type="checkbox"/>																					

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

Apellido(s): _____ **AM N°:** _____

Nombre(s): _____

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

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 / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail			
505	Historial médico N°: 1 <i>Precise</i> 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 Adicciones 20 Alcohol 21 Medicamentos 22 Drogas 23 Tabaco Enfermedades infecciosas 30 SIDA/VIH 31 Hepatitis 32 Tuberculosis 33 Otras En mujer 40 Partos 41 Histerectomía 42 Dispositivos anticonceptivos intrauterinos 43 Embarazos			
515	Implantes 01 Mamarios 02 Marcapasos 03 Bomba de insulina 04 Otros implantes quirúrgicos	N°: 1 <i>Precise</i>	2 <i>N° de serie</i>	
520	Prótesis	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (precise): 2 <input type="checkbox"/> _____	
525	Otras piezas artificiales	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (precise): 2 <input type="checkbox"/> _____	
530	Órganos extirpados	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (precise): 2 <input type="checkbox"/> _____	

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

Apellido(s): _____ **AM N°:** _____

Nombre(s): _____

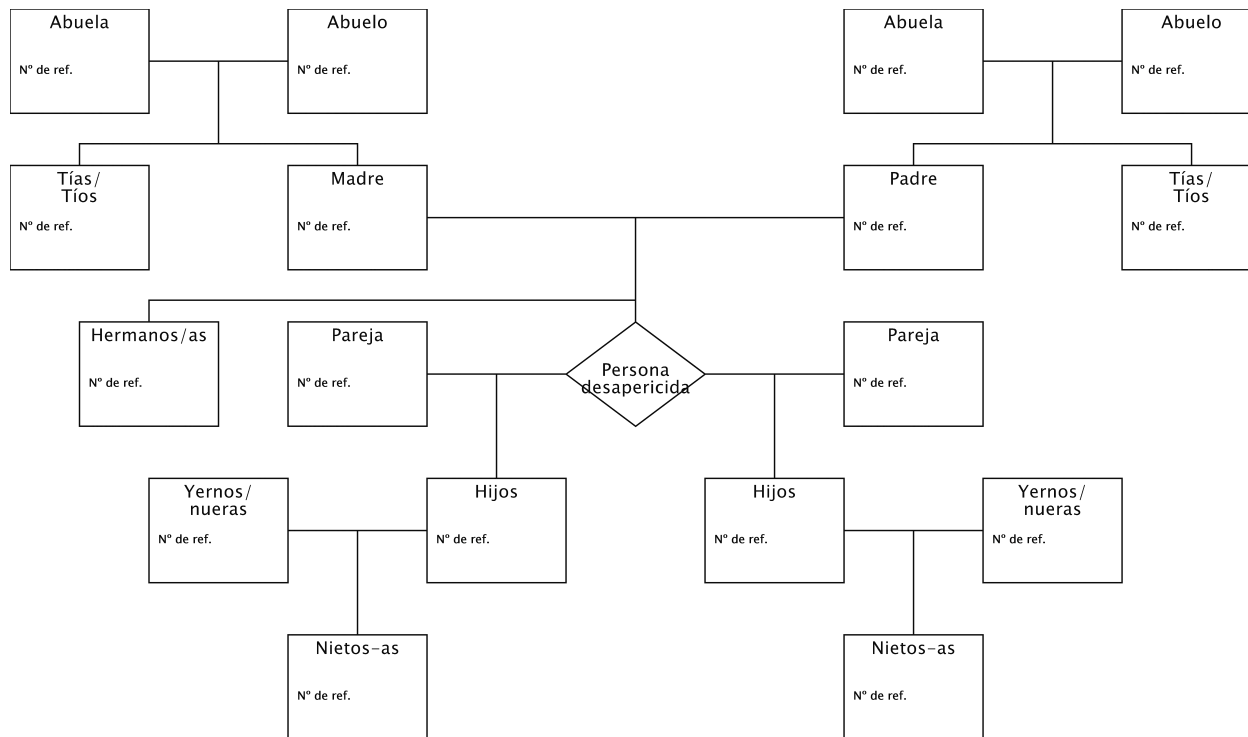
Fecha de nacimiento: *Día* *Mes* *Año* *Edad* *Hombre* *Mujer* *Se desconoce*

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 Persona desaparecida (Referencia directa)	<i>Tipo de muestra:</i>	<i>Perfil de ADN</i>	<i>Biobanco</i>	<i>Efectos personales (precise):</i>	
		<i>Fecha muestra:</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
		<i>Referencia de laboratorio:</i>				

ÁRBOL GENEALÓGICO (PARENTESCOS BIOLÓGICOS)

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



560	N° de ref. familiar N°: _____ Parentesco _____ (Indique la ref. del árbol genealógico)	<i>Nombre(s)</i> _____ <i>N° de identificación nacional:</i> _____ <i>Referencia de laboratorio:</i> _____ <i>Tipo de muestra:</i> _____ <i>Fecha muestra:</i> _____			
	N° de ref. familiar N°: _____ Parentesco _____ (Indique la ref. del árbol genealógico)	<i>Nombre(s)</i> _____ <i>N° de identificación nacional:</i> _____ <i>Referencia de laboratorio:</i> _____ <i>Tipo de muestra:</i> _____ <i>Fecha muestra:</i> _____			
	N° de ref. familiar N°: _____ Parentesco _____ (Indique la ref. del árbol genealógico)	<i>Nombre(s)</i> _____ <i>N° de identificación nacional:</i> _____ <i>Referencia de laboratorio:</i> _____ <i>Tipo de muestra:</i> _____ <i>Fecha muestra:</i> _____			

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

Apellido(s): _____	AM N°: _____

Nombre(s): _____	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Día</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Mes</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Año</i>	<i>Edad</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Hombre</i> <input type="checkbox"/> <i>Mujer</i> <input type="checkbox"/> <i>Se desconoce</i> <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	Odontólogo/entidad	Nombre Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail					
	01 Periodo abarcado 02 Arch. adjunto	<i>Historiales médicos Desde:</i> 1 <input type="checkbox"/> _____ <i>Hasta:</i> _____ <i>Radiografías Moldes Fotos Otras (precise):</i> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> _____					
605	Odontólogo/entidad	Nombre Calle / N° Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail					
	01 Periodo abarcado 02 Arch. adjunto	<i>Historiales médicos Desde:</i> 1 <input type="checkbox"/> _____ <i>Hasta:</i> _____ <i>Radiografías Moldes Fotos Otras (precise):</i> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> _____					
615	Imágenes dentales disponibles	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	Otra documentación						

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

Apellido(s): _____	AM N°: _____

Nombre(s): _____	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Día</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Mes</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Año</i>	<i>Edad</i> <input type="text"/> <i>Hombre</i> <input type="checkbox"/> <i>Mujer</i> <input type="checkbox"/> <i>Se desconoce</i> <input type="checkbox"/>

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	<i>Nombre:</i> _____ <i>E-mail:</i> _____ <i>Dirección:</i> _____ <i>Ciudad:</i> _____ <i>Fecha muestra:</i> _____																																																																																	
815	Normas del laboratorio	<i>Acreditadas por:</i> _____ <i>No acreditado</i> 1 <input type="checkbox"/>																																																																																	
820	Kit(s) STR utilizados	<i>Nombre(s) de kit(s) utilizado(s):</i> _____																																																																																	
825	ADN	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Persona desaparecida</th> <th style="width: 30%;">Referencia - N° de ref.: _____</th> <th style="width: 40%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>VWA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TH01</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D21S11</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FGA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D8S1179</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3S1358</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D18S51</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Amelogenina</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TPOX</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CSF1PO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D13S317</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D7S820</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D5S818</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D16S539</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2S1338</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D19S433</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta D</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta E</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1S1656</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2S441</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D10S1248</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D22S1045</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D12S391</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SE33</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D6S1043</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Persona desaparecida	Referencia - N° 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					
Persona desaparecida	Referencia - N° 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																																																																																			
Si desea añadir más información sobre los marcadores mencionados, marque la columna c y utilice la página 700, Información adicional.																																																																																			
830	Pág. adicional sobre perfiles de ADN (805-825) 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí																																																																																		

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

Apellido(s):

AM N°:

Nombre(s):

Fecha de nacimiento:

Día

Mes

Año

Edad

Hombre

Mujer

Se desconoce

835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)

