

Lugar de la catástrofe: _____ **PM N°:** _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre *Mujer* *Se desconoce*

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

DATOS ADMINISTRATIVOS (lista de operaciones efectuadas en el depósito de cadáveres)				Fecha	a	b	c
150	Parte del cuerpo	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (precise) 2 <input type="checkbox"/> _____				
155	Fotos tomadas	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí, por: 2 <input type="checkbox"/> _____				
160	Efectos personales recogidos	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí, por: 2 <input type="checkbox"/> _____				
165	Huellas tomadas de	No 1 <input type="checkbox"/>	Imposible 2 <input type="checkbox"/>	Sí, por: 3 <input type="checkbox"/> _____			
	01 Dedo(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Imposible 2 <input type="checkbox"/>	Sí, por: 3 <input type="checkbox"/> _____			
	02 Palma(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Imposible 2 <input type="checkbox"/>	Sí, por: 3 <input type="checkbox"/> _____			
	03 Pie(s)	No 1 <input type="checkbox"/>	Imposible 2 <input type="checkbox"/>	Sí, por: 3 <input type="checkbox"/> _____			
170	Examen	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí 2 <input type="checkbox"/>	Imágenes (precise) 3 <input type="checkbox"/> _____			
	01 Examen externo	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí 2 <input type="checkbox"/>	Imágenes (precise) 3 <input type="checkbox"/> _____			
	02 Autopsia parcial	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí 2 <input type="checkbox"/>	Imágenes (precise) 3 <input type="checkbox"/> _____			
	03 Autopsia completa	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí - Véase informe específico 2 <input type="checkbox"/>				
	04 Nombre del forense						
	Calle / N°						
	Código postal / Ciudad						
	Estado / País						
	Tel. / e-mail						
175	Examen dental	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí 2 <input type="checkbox"/>	Imágenes (especifique en el campo 615) 3 <input type="checkbox"/>			
	01 Realizado	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí 2 <input type="checkbox"/>	Imágenes (especifique en el campo 615) 3 <input type="checkbox"/>			
	02 Nombre del odontólogo						
	Calle / N°						
	Código postal / Ciudad						
	Estado / País						
	Tel. / e-mail						
180	Muestras extraídas	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí 2 <input type="checkbox"/>	ADN 3 <input type="checkbox"/>	Toxicológicas (en su caso) 4 <input type="checkbox"/>		
	01 Por un médico forense	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí 2 <input type="checkbox"/>	ADN 3 <input type="checkbox"/>	Toxicológicas (en su caso) 4 <input type="checkbox"/>		
	Véase 545						
	02 Por un odontólogo	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí 2 <input type="checkbox"/>	ADN 3 <input type="checkbox"/>			
	Véase 610						

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

Lugar de la catástrofe: _____ **PM N°:** _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

EFECTOS PERSONALES					a	b	c				
300 Ropa	N°: 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											
Cuerpo entero											
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	N°: 1	<i>Tipo</i>	2	<i>Color</i>	3	<i>Etiqueta</i>	4	<i>Material</i>			
	01 Botas										
	02 Sandalias/zapatos abiert										
	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 : _____	

Lugar de la catástrofe: _____ **PM N°:** _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

EFECTOS PERSONALES								a	b	c			
310 Reloj 01 Reloj de pulsera digital 02 Reloj de pulsera analógico 03 Reloj de pulsera digital/analógico 04 Si reloj de pulsera, llevado en muñeca 05 Correa/cadena de reloj de pulsera 06 Reloj de otro tipo	N°: 1	Marca	2	Modelo	3	Color	4	Material	5	Inscripciones			
	Izqda. 1 <input type="checkbox"/>	Dcha. 2 <input type="checkbox"/>	Exterior 3 <input type="checkbox"/>	Interior 4 <input type="checkbox"/>									
	De cuero 1 <input type="checkbox"/>	Metálica 2 <input type="checkbox"/>	De goma 3 <input type="checkbox"/>	Otras (precise): 4 <input type="checkbox"/>									
	Llevado en: _____												

315 Gafas 01 Montura 02 Lentes (de vidrio) 03 Forma de las lentes 04 Material/tipo de las lentes 05 Halladas en	1	Marca	2	Modelo	3	Color	4	Material	5	Inscripciones			
	Fotocromáticas Coloreadas												
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> No		3 <input type="checkbox"/> Sí (precise): _____									
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>							
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>									
320 Lentes de contacto	No 1 <input type="checkbox"/>		Sí (indique si son de color) 2 <input type="checkbox"/> _____										

325 Audifonos 01 Izquierdo	No 1 <input type="checkbox"/>		Sí (precise): 2 <input type="checkbox"/> _____				N° de serie: _____						

02 Derecho	No 1 <input type="checkbox"/>		Sí (precise): 2 <input type="checkbox"/> _____				N° de serie: _____						

330 Prótesis externas	No 1 <input type="checkbox"/>		Sí (precise): 2 <input type="checkbox"/> _____				N° de serie: _____						

335 Joyas 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 objeto en la columna "1 Tipo".	N°: 1	Tipo	2	Color	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 :		

Lugar de la catástrofe: _____ **PM N°:** _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

EFECTOS PERSONALES								a	b	c		
340 Documentos de identidad	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".	N°:	1 Nacionalidad	2 Número	3 Detalles	4 Biométrico	5 Chip					
345 Pertenencias	01 Tarjetas inteligentes/ llaves 02 Rifonera 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".	N°:	1 Marca	2 Modelo	3 Color	4 Material	5 N° de serie	6 Inscripciones				
350 Aparatos electrónicos	01 Máquina de fotos 02 Teléfono móvil 03 Reproductor de música 04 Tarjeta SIM 05 Tableta/dispositivo portátil 06 Vídeo 99 Otros Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".	N°:	1 Marca	2 Modelo	3 Color	4 Material	5 N° de serie	6 Inscripciones				

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 :	

Lugar de la catástrofe: _____ **PM Nº:** _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

DESCRIPCIÓN DEL CADAVER (aparición)		a	b	c
402 Estado del cadáver	<i>Integro</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Incompleto</i> 2 <input type="checkbox"/>			
404 Señas particulares	Nº: 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			
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			
	Nº: 4 <i>Marcas</i> 5 <i>Malformaciones</i> 6 <i>Amputaciones</i>			
408 Talla	<i>Mín</i> _____ cm <i>Máx</i> _____ cm <i>Mín</i> _____ pies _____ pulg / <i>Máx</i> _____ pies _____ pulg			
412 Peso	<i>Mín</i> _____ kg <i>Máx</i> _____ kg <i>Mín</i> _____ libr / <i>Máx</i> _____ libr			
416 Compleción	<i>Delgada</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Media</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Corpulenta</i> 3 <input type="checkbox"/>			
420 Cabello	<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"/> <i>Corto < 6 cm / 2,4 pulg</i> <i>Media < 12 cm / 4,7 pulg</i> <i>Largo > 12 cm / 4,7 pulg</i> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <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"/> <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"/> Describa (y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): _____			
06 Rasgo(s) distintivo(s)	_____			

Recogidos por	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 Se desconoce

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

DESCRIPCIÓN FÍSICA (aparencia)			a	b	c	
424 Cejas 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 Ojos 01 Color (Izqdo. y dcho.) 02 Rasgo(s) distintivo(s)	Azul 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Negro 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estrab. convergente 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avellana 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estrab. divergente 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Verde 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rojo oscuro 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ojo artificial 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Castaño 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rosa 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros (precise): 5 <input type="checkbox"/>		
432 Nariz 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 Vello facial 01 Tipo 02 Color	Afeitado 1 <input type="checkbox"/> Rubio 1 <input type="checkbox"/> Gris 5 <input type="checkbox"/>	Bigote 2 <input type="checkbox"/> Castaño 2 <input type="checkbox"/> Blanco 6 <input type="checkbox"/>	Perilla 3 <input type="checkbox"/> Negro 3 <input type="checkbox"/> Entrecano 7 <input type="checkbox"/>	Patillas 4 <input type="checkbox"/> Pelirrojo 4 <input type="checkbox"/> Otros (precise): 8 <input type="checkbox"/>	Barba y bigote 5 <input type="checkbox"/>	Otros (especifique en pág. 700) 6 <input type="checkbox"/>
440 Orejas 01 Lóbulos/con agujeros 02 Rasgo(s) distintivo(s)	Pegado 1 <input type="checkbox"/> No	Con agujeros - especifique núm. de agujeros 2 <input type="checkbox"/> Sí 3 <input type="checkbox"/> Izdo. _____ 4 <input type="checkbox"/> Dcho. _____				
444 Boca/dientes 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 Labios 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 Mentón 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 Cuello 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 Manos/uñas 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 Pies/uñas 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 Vello corporal/púbico 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 Circuncisión	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí 2 <input type="checkbox"/>				
476 Ascendencia	Europea 1 <input type="checkbox"/> Blanca	Africana 2 <input type="checkbox"/> Negra	Asiática 3 <input type="checkbox"/>	Otras 4 <input type="checkbox"/>		
	Mixta (precise): 5 <input type="checkbox"/>					

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

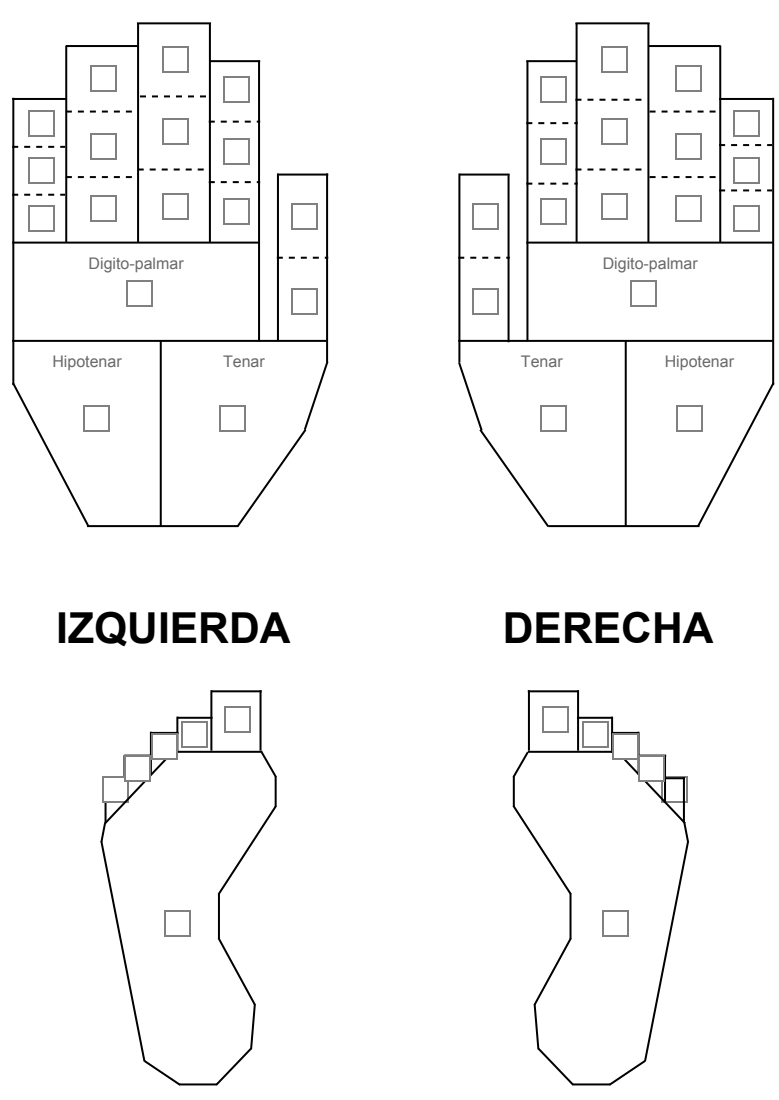
Lugar de la catástrofe: _____ **PM N°:** _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

DESCRIPCIÓN DEL CADAVER (datos dactiloscópicos)		a	b	c
484	Huellas tomadas a partir de	<i>Epidermis</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Dermis</i> 2 <input type="checkbox"/>	
488	Técnica utilizada para tomar huellas dactilares	<i>Limpieza e impresión</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Guante epidérmico</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Otras (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"/>	
492	Huellas tomadas utilizando	<i>Polvo negro y etiqueta adhesiva</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Fotografía</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Tinta</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Otras (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____	
496	Procedencia de las huellas	 <p style="text-align: center;">IZQUIERDA DERECHA</p> <p style="text-align: center;">SOMBREE LAS PARTES DE LAS QUE SE TOMARON LAS HUELLAS</p>		

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 Se desconoce

a = Datos no disponibles

b = Elementos adjuntos

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

PATOLOGÍA		a	b	c
510 Exploración interna	Nº: 1 <i>Precise</i>			
	Cabeza			
	01 Cerebro			
	02 Cuello			
	03 Cráneo			
	04 Otros			
	Tórax			
	10 Corazón/vasos			
	11 Pulmones			
	12 Tórax/costillas/esternón			
	13 Otros			
	Abdomen			
	20 Apéndice			
	21 Intestinos			
	22 Estómago			
	23 Otros			
	Otros órganos internos			
	30 Suprarrenales/páncreas/bazo			
	31 Genitales			
	32 Riñones/uréteres/vejiga			
	33 Hígado/vesícula biliar			
	Esqueleto/tejido blando			
	40 Miembros inf. izqdos.			
41 Miembros sup. izqdos.				
42 Pelvis				
43 Miembros inf. dchos.				
44 Miembros sup. dchos.				
45 Otros huesos				
46 Tejido blando, otras ubicaciones				
47 Columna vertebral				
Varios				
50 Patología visible (p. ej. enfermedad cardiaca, cáncer, etc.)				
51 Fracturas curadas				
52 Operaciones				
En mujer				
60 Partos				
61 Histerectomía				
62 Dispositivos intrauterinos				
63 Embarazos				
515 Implantes	Nº: 1 <i>Precise</i> 2 <i>Nº de serie</i>			
	01 Mamarios			
	02 Marcapasos			
	03 Bomba de insulina			
	04 Otros implantes quirúrgicos			

Recogidos por	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 Se desconoce

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

PATOLOGÍA			a	b	c	
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"/> _____			
535	Sexo	Hombre 1 <input type="checkbox"/>	Mujer 2 <input type="checkbox"/>	No determinable 3 <input type="checkbox"/>	Motivo: _____	
540	Edad estimada	Min _____ año / Máx _____ año Min _____ mes / Máx _____ mes (En años o en meses) Precise: _____ 02 Método utilizado _____				
545	Muestras de ADN tomadas	Número de muestras _____ Tipo: Hueso 1 <input type="checkbox"/> Dentadura 2 <input type="checkbox"/> Músculo 3 <input type="checkbox"/> Sangre 4 <input type="checkbox"/> Otras (precise): 5 <input type="checkbox"/> _____ 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"/> Otras (precise): 5 <input type="checkbox"/> _____ 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"/> Otras (precise): 5 <input type="checkbox"/> _____ 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"/> Otras (precise): 5 <input type="checkbox"/> _____ 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"/>				
550	Info. complementaria sobre identificación					

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 Se desconoce

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

DATOS ODONTOLÓGICOS					a	b	c	
610	Material disponible para examen	<i>Comprobar</i>		<i>Muestra que se toma</i>				
	01 Mandíbulas con dientes	<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Inferior					
	02 Mandíbulas sin dientes	<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Inferior					
	03 Diente(s) suelto(s)	Códigos FDI:						
	04 Fragmentos							
05 Otros								
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"/>				
625	Datos complementarios							
	01 Estado del cuerpo							
	03 Otros datos							

Recogidos por	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

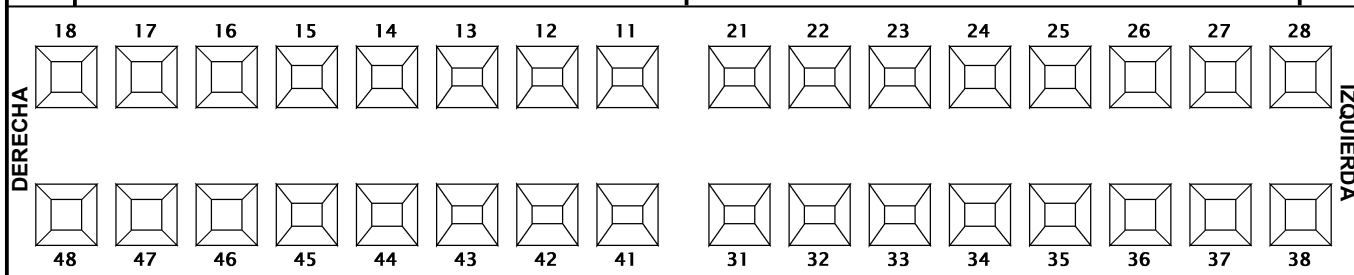
Hombre Mujer Se desconoce

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			
	01 Precise		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 : _____		<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 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 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	Restos humanos 1	Restos humanos 2		
	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				

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

Lugar de la catástrofe: _____

PM N°: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día

Mes

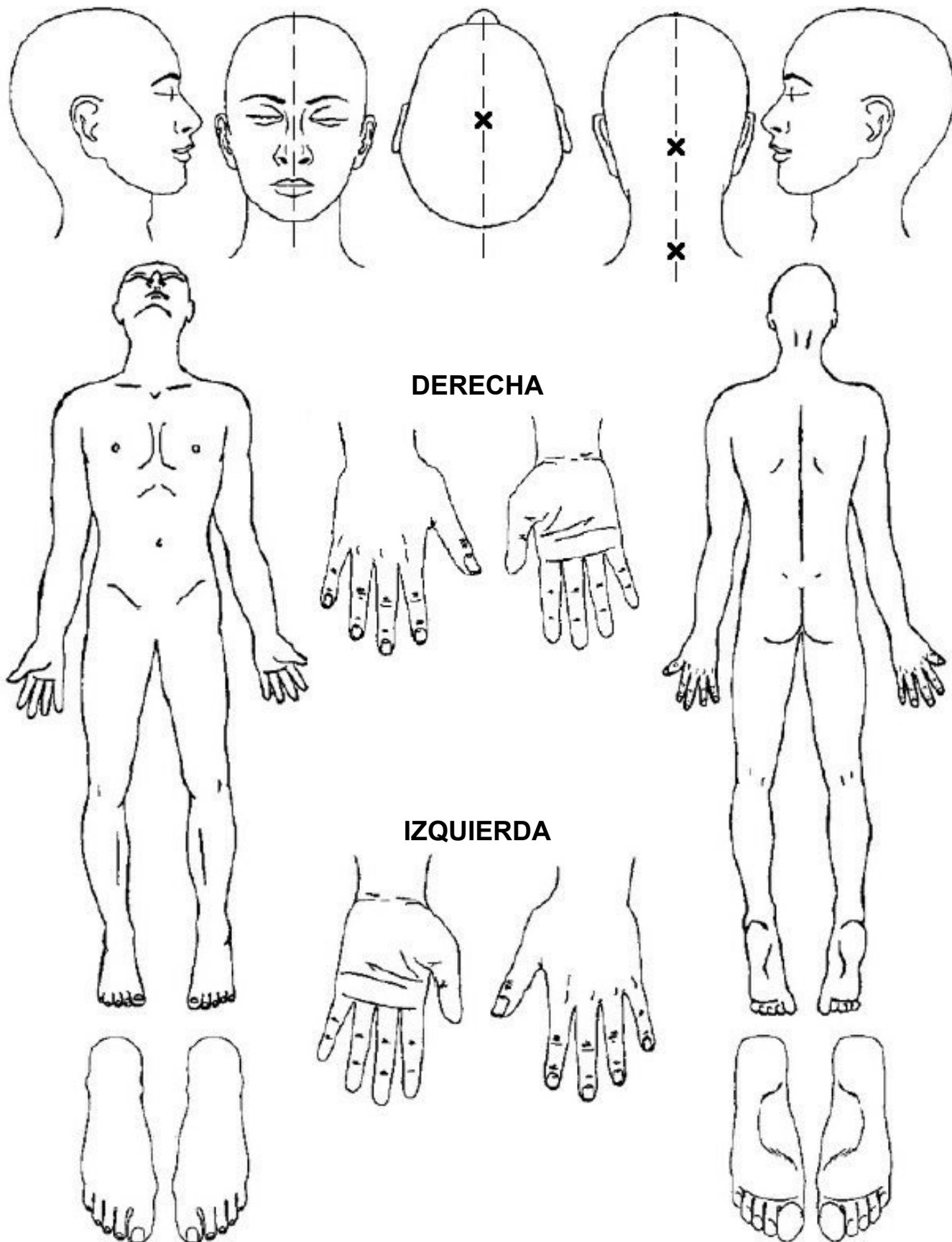
Año

Hombre

Mujer

Se desconoce

835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)



Lugar de la catástrofe: _____

PM N°: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre

Mujer

Se desconoce

840 ANEXO - ESQUEMA DEL ESQUELETO (opcional)

