

Lugar de la catástrofe: _____ N° PM _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe:

Día	Mes	Año	Hombre	Mujer	Otros	Desconocido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a = No se dispone de datos

b = Anexo

c = Más detalles 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 Cabeza y cuello 101 Prenda para cubrir la cabeza 102 Bufanda 103 Corbata 199 Otros Parte superior del cuerpo y brazo 201 Guantes 202 Abrigo 203 Abrigo ligero/chaqueta 204 Cárdigan 205 Chaleco 206 Tirantes 207 Jersey 208 Blusa 209 Camisa 210 Camiseta 211 Camiseta interior 212 Sujetador 299 Otros Parte inferior del cuerpo y pierna 301 Cinturón 302 Pantalones 303 Pantalones cortos 304 Falda 305 Panti 306 Calcetines 307 Medias largas de náilon 308 Calzoncillos/bragas 399 Otros Cuerpo entero 401 Body 402 Vestido 403 Atuendo religioso/cultural/tradicional 404 Uniforme 405 Bañador/malla 499 Otros Si marca "x99 Otros", describa el tipo de artículo en la columna "1 Tipo/estilo".	N°:	1	Tipo/estilo	2	Color principal	3	Marca	4	Material	5	Tamaño					
		305	Calzado 01 Botas 02 Zapatos abiertos 03 Zapatos 99 Otros Describa el tipo de calzado en la columna "1 Tipo/estilo", p. ej. calzado deportivo o sandalias	N°:	1	Tipo/estilo	2	Color principal	3	Marca	4	Material	5	Tamaño			

Solamente use los siguientes colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido, plata, oro o multicolor

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

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe:

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Otros</i>	<i>Desconocido</i>
<input type="checkbox"/>						

a = No se dispone de datos

b = Anexo

c = Más detalles 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	<i>Marca</i>	2	<i>Modelo</i>	3	<i>Color principal</i>	4	<i>Material</i>	5	<i>Inscripción</i>			
	01 Reloj de pulsera digital													
	02 Reloj de pulsera analógico													
	03 Reloj inteligente													
	04 Reloj de otro tipo	<i>Dónde lo llevaba:</i>												
	05 Si llevaba reloj de pulsera, en qué muñeca	<i>Izquierda</i>	<i>Derecha</i>	<i>Por fuera</i>	<i>Por dentro</i>									
	06 Correa/cadena de reloj de pulsera	<i>Cuero</i>	<i>Metal</i>	<i>Goma</i>	<i>Otros (precise):</i>									
315	Gafas/anteojos	1	<i>Marca</i>	2	<i>Modelo</i>	3	<i>Color principal</i>	4	<i>Material</i>	5	<i>Inscripción</i>			
	01 Montura													
	02 Lentes (vidrio)	<i>Fotocromáticas</i>	<i>Coloreadas</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 compl</i>							
	04 Material/tipo de lentes	<i>Vidrio</i>	<i>Polycarbonato</i>	<i>Bifocales</i>	<i>Progresivas</i>									
320	Lentes de contacto	<i>No</i>	<i>Sí (indique si son de color)</i>											
325	Audífonos	<i>No</i>	<i>Sí (precise):</i>							<i>N° de serie:</i>				
	01 Izquierda													
330	Prótesis externas	<i>No</i>	<i>Sí (precise):</i>							<i>N° de serie:</i>				
	02 Derecha													
335	Joyas	N°: 1	<i>Tipo/estilo</i>	2	<i>Color principal</i>	3	<i>Material</i>	4	<i>Inscripción</i>	5	<i>Dónde lo llevaba</i>			
	01 Tobillera													
	02 Pulsera													
	03 Pendientes de clip													
	04 Pendientes													
	05 Cadena													
	06 Collar													
	07 Colgante													
	08 Alianza													
	09 Otros anillos													
	10 Otros anillos en el dedo													
99 Otros														
	Si marca "99 Otros", describa el tipo de artículo en la columna "1 Tipo/estilo".													

Solamente use los siguientes colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido, plata, oro o multicolor

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

Lugar de la catástrofe: _____ N° PM _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe:

Dia	Mes	Año	Hombre	Mujer	Otros	Desconocido

a = No se dispone de datos

b = Anexo

c = Más detalles 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 99 Otros Si marca "99 Otros", describa el tipo de artículo en la columna "3 Datos"	N°:	1 <i>Nacionalidad</i>	2 <i>Número</i>	3 <i>Datos</i>	4 <i>Datos biométricos</i>	5 <i>Chip</i>			
345 Pertenencias 01 Llaves/llaves magnéticas 02 Riñonera 03 Dinero 04 Diario/agenda 05 Monedero 06 Tickets 07 Cartera/billetera 99 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 principal</i>	4 <i>Material</i>	5 <i>N° de serie</i>	6 <i>Marcas</i>		
350 Dispositivos electrónicos 01 Cámara 02 Teléfono móvil 03 Reproductor de música 04 Tarjeta SIM 05 Tableta/dispositivo portátil 06 Vídeo 07 Soportes electrónicos de almacenamiento 99 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 principal</i>	4 <i>Material</i>	5 <i>N° de serie</i>	6 <i>Marcas</i>		

Solamente use los siguientes colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido, plata, oro o multicolor

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

Lugar de la catástrofe: _____	N° PM _____
Tipo de catástrofe: _____	
Fecha de la catástrofe:	Hombre Mujer Otros Desconocido
Día Mes Año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

a = No se dispone de datos b = Anexo c = Más detalles en pág. de información adicional (700)

DESCRIPCIÓN FÍSICA (aparencia + huellas dactilares)		a	b	c																				
424	Cejas 01 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para</i> 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%;"><i>Azul</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td style="width: 25%;"><i>Gris</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td style="width: 25%;"><i>Verde</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td style="width: 25%;"><i>Marrón</i> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> </tr> <tr> <td><i>Negro</i> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td><i>Avellana</i> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td><i>Rojizo oscuro</i> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td><i>Rojizo claro</i> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Estrab. convergent</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td colspan="2"><i>Estrab. divergente</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"><i>Ojo artificial</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><i>Otros (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>		<i>Azul</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Gris</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Verde</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Marrón</i> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Negro</i> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Avellana</i> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Rojizo oscuro</i> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Rojizo claro</i> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Estrab. convergent</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>		<i>Estrab. divergente</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>				<i>Ojo artificial</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>		<i>Otros (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____				
<i>Azul</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Gris</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Verde</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Marrón</i> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>																					
<i>Negro</i> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Avellana</i> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Rojizo oscuro</i> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Rojizo claro</i> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>																					
<i>Estrab. convergent</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>		<i>Estrab. divergente</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>																						
		<i>Ojo artificial</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>																						
<i>Otros (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____																								
432	Nariz 01 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																						
436	Vello facial 01 Tipo 02 Color	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"><i>Afeitado</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;"><i>Bigote</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;"><i>Perilla</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;"><i>Patillas</i> 4 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;"><i>Barba</i> 5 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;"><i>Otros (precise)</i> 6 <input type="checkbox"/> pág. 700</td> </tr> <tr> <td><i>Rubio</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Castaño</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Negro</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Rojo</i> 4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><i>Gris</i> 5 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Blanco</i> 6 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Gris mixto</i> 7 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"><i>Otros (precise):</i> 8 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>		<i>Afeitado</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Bigote</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Perilla</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Patillas</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Barba</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Otros (precise)</i> 6 <input type="checkbox"/> pág. 700	<i>Rubio</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Castaño</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Negro</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Rojo</i> 4 <input type="checkbox"/>			<i>Gris</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Blanco</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Gris mixto</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Otros (precise):</i> 8 <input type="checkbox"/> _____					
<i>Afeitado</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Bigote</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Perilla</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Patillas</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Barba</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Otros (precise)</i> 6 <input type="checkbox"/> pág. 700																			
<i>Rubio</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Castaño</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Negro</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Rojo</i> 4 <input type="checkbox"/>																					
<i>Gris</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Blanco</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Gris mixto</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Otros (precise):</i> 8 <input type="checkbox"/> _____																					
440	Orejas 01 Lóbulos/con agujeros 02 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>Adjunto</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>No</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Con agujeros - especifique núm. de aguje</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Izquierd</i> 5 <input type="checkbox"/> <i>Derecha</i> <i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																						
444	Boca/dientes 01 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																						
448	Labios 01 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																						
452	Barbilla 01 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																						
456	Cuello 01 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																						
460	Manos/uñas 01 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																						
464	Pies/uñas 01 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																						
468	Vello corporal/púbico 01 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																						
472	Circuncisión 01 Rasgo(s) distintivo(s)	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> 2 <input type="checkbox"/>																						
476	Ascendencia	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><i>Europea</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Blanco</i></td> <td style="width: 25%;"><i>Africana</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Negro</i></td> <td style="width: 25%;"><i>Asiática</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"><i>Otros (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><i>Mestiza (especifique)</i> 5 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>		<i>Europea</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Blanco</i>	<i>Africana</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Negro</i>	<i>Asiática</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Otros (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____	<i>Mestiza (especifique)</i> 5 <input type="checkbox"/> _____																
<i>Europea</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Blanco</i>	<i>Africana</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Negro</i>	<i>Asiática</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Otros (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____																					
<i>Mestiza (especifique)</i> 5 <input type="checkbox"/> _____																								

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

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe:

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Otros</i>	<i>Desconocido</i>
<input type="checkbox"/>						

a = No se dispone de datos b = Anexo c = Más detalles en pág. de información adicional (700)

DESCRIPCIÓN DEL CADÁVER (datos dactiloscópicos)		a	b	c
484	Huellas tomadas en de	<i>Epidermis</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Dermis</i> 2 <input type="checkbox"/>	
488	Técnica de revelado	<i>Lavado e impresión</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Guante epidérmico</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Otros (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 alzador adhesivo</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Escáner digital</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Otros (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Tinta</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Fotografía</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	:	<i>Firma y fecha</i>
	Nombre	:	
	Dirección	:	
	Tel./e-mail	:	

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe:

a = No se dispone de datos b = Anexo c = Más detalles en pág. de información adicional (700)

PATOLOGÍA FORENSE				a	b	c
510	Examen interno	N°: 1	<i>Precise</i>			
	Head					
	01 Brain					
	02 Neck					
	03 Skull					
	04 Other					
	Chest					
	10 Heart/vessels					
	11 Lungs					
	12 Thorax/ribs/sternum					
	13 Other					
	Abdomen					
	20 Appendix					
	21 Intestines					
	22 Stomach					
	23 Other					
	Other internal organs					
	30 Adrenals/pancreas/spleen					
	31 Genitalia					
	32 Kidneys/ureters/bladder					
	33 Liver/gall bladder					
	Skeleton/soft tissue					
	40 Left lower limb					
	41 Left upper limb					
	42 Pelvis					
	43 Right lower limb					
	44 Right upper limb					
	45 Other bones					
	46 Soft tissue other locations					
	47 Vertebral column					
	Various					
	50 Demonstrable pathological condition (eg. heart disease cancer etc.)					
	51 Healed fractures					
	52 Operations					
	In women					
	60 Births					
	61 Hysterectomy					
	62 Intrauterine contraceptive devices					
	63 Pregnancy					
515	Implantes	N°: 1	<i>Precise</i>	2	<i>N° de serie</i>	
	01 Mamarios					
	02 Marcapasos					
	03 Bomba de insulina					
	04 Otros implantes quirúrgicos					

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

Lugar de la catástrofe: _____	N° PM _____
Tipo de catástrofe: _____	
Fecha de la catástrofe:	Hombre Mujer Otros Desconocido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

a = No se dispone de datos b = Anexo c = Más detalles en pág. de información adicional (700)

PATOLOGÍA FORENSE		a	b	c
520	Prótesis internas	<i>No</i> <i>Sí (precise):</i> <i>N° de serie:</i> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> _____		
525	Otras piezas artificiales	<i>No</i> <i>Sí (precise):</i> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> _____		
535	Sexo:	<i>Hombre</i> <i>Mujer</i> <i>Indeterminado</i> <i>Causa:</i> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
540	Edad estimada	01 Edad (en años o en meses): Min. _____ año / Máx. _____ año Min. _____ mes / Máx. _____ mes 02 Método utilizado: _____ Precise: _____		
545	Muestras de ADN tomada	N° de muestra: _____ Tipo: <i>Hueso</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Dentadura</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Músculo</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Sangre</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Otros (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____ Tarjeta impregnada con el hiso <i>Células bucales</i> 6 <input type="checkbox"/> <i>Sangre</i> 7 <input type="checkbox"/> <i>Tejido</i> 8 <input type="checkbox"/> _____ Estado: <i>Fresco</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Leve (descomp.)</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Moderada (descomp.)</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Avanzada (descomp.)</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Esqueletizado</i> 5 <input type="checkbox"/> <i>Quemado</i> 6 <input type="checkbox"/>		
	N° de muestra	_____		
	Tipo	<i>Hueso</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Dentadura</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Músculo</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Sangre</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Otros (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____ Tarjeta impregnada con el hiso <i>Células bucales</i> 6 <input type="checkbox"/> <i>Sangre</i> 7 <input type="checkbox"/> <i>Tejido</i> 8 <input type="checkbox"/> _____		
	Estado	<i>Fresco</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Leve (descomp.)</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Moderada (descomp.)</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Avanzada (descomp.)</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Esqueletizado</i> 5 <input type="checkbox"/> <i>Quemado</i> 6 <input type="checkbox"/>		
	N° de muestra	_____		
	Tipo	<i>Hueso</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Dentadura</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Músculo</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Sangre</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Otros (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____ Tarjeta impregnada con el hiso <i>Células bucales</i> 6 <input type="checkbox"/> <i>Sangre</i> 7 <input type="checkbox"/> <i>Tejido</i> 8 <input type="checkbox"/> _____		
	Estado	<i>Fresco</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Leve (descomp.)</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Moderada (descomp.)</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Avanzada (descomp.)</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Esqueletizado</i> 5 <input type="checkbox"/> <i>Quemado</i> 6 <input type="checkbox"/>		
	N° de muestra	_____		
	Tipo	<i>Hueso</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Dentadura</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Músculo</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Sangre</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Otros (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____ Tarjeta impregnada con el hiso <i>Células bucales</i> 6 <input type="checkbox"/> <i>Sangre</i> 7 <input type="checkbox"/> <i>Tejido</i> 8 <input type="checkbox"/> _____		
	Estado	<i>Fresco</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Leve (descomp.)</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Moderada (descomp.)</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Avanzada (descomp.)</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Esqueletizado</i> 5 <input type="checkbox"/> <i>Quemado</i> 6 <input type="checkbox"/>		
550	Info. complementaria sobre la identificación	Cargo : _____ Nombre : _____ Dirección : _____ Tel./e-mail : _____		

Recogidos por	Firma y fecha _____
----------------------	------------------------

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe:

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Otros</i>	<i>Desconocido</i>
<input type="checkbox"/>						

a = No se dispone de datos b = Anexo c = Más detalles en pág. de información adicional (700)

DATOS ODONTOLÓGICOS				a	b	c
610	Material disponible para examen	<i>Control</i>		<i>Muestra extraída</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 Dientes únicamente	<i>Códigos FDI:</i>				
	04 Fragmentos					
	05 Otros					
615	Imágenes dentales disponibles	1 Digitales	2 Indique número de	3 No digitales	4 Indique número de	
	01 Periapical	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	02 Placa de mordida	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	03 Ortopantomografía	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	04 Tomografía computerizada	<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 de la mandíbula					
	02 Otros datos					

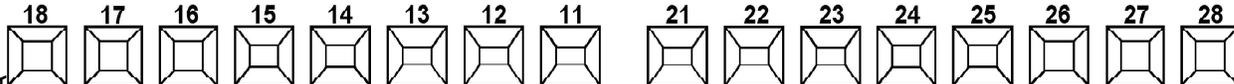
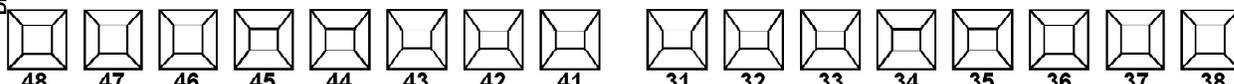
Recogidos por	Cargo	:	<i>Firma y fecha</i>
	Nombre	:	
	Dirección	:	
	Tel./e-mail	:	

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe: Día Mes Año Hombre Mujer Otros Desconocido

a = No se dispone de datos b = Anexo c = Más detalles en pág. de información adicional (700)

DATOS ODONTOLÓGICOS			a	b	c
630	Estado de la dentadura (para dientes primarios, indíquese el código específico de la FDI)				
11					21
12					22
13					23
14					24
15					25
16					26
17					27
18					28
DERECHA	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 1817161514131211 2122232425262728 </div> 	IZQUIERDA			
DERECHA	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 4847464544434241 3132333435363738 </div> 	IZQUIERDA			
48					38
47					37
46					36
45					35
44					34
43					33
42					32
41					31
635	Datos específicos 01 Precise	<input type="checkbox"/> Coronas <input type="checkbox"/> Puentes <input type="checkbox"/> Implantes <input type="checkbox"/> Dentadura postiza <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Conducto radicular	a	b	c
640	Otros resultados 01 Precise	<input type="checkbox"/> Oclusión <input type="checkbox"/> Erosión dental <input type="checkbox"/> Estado periodontal <input type="checkbox"/> Supernumerarios <input type="checkbox"/> Manchas <input type="checkbox"/> Otros			
645	Tipo de dentición 01 Precise	<input type="checkbox"/> Dentición primaria <input type="checkbox"/> Dentición mixta <input type="checkbox"/> Dentición permanente			
647	Edad estimada 01 Edad (en años o en meses):	Min. _____ año / Máx. _____ año Min. _____ mes / Máx. _____ mes			
650	Control de calidad Odontólogo forense 1 Odontólogo forense 2 (si procede)	Fecha: _____ Firma: _____ Nombre: _____ ----- Fecha: _____ Firma: _____ Nombre: _____			

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

Lugar de la catástrofe:	N° PM _____														
Tipo de catástrofe:															
Fecha de la catástrofe:															
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Día</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Mes</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Año</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Hombre</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Mujer</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Otros</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Desconocido</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> </table>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Otros</i>	<i>Desconocido</i>	□ □	□ □	□ □ □ □	□	□	□	□	
<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Otros</i>	<i>Desconocido</i>									
□ □	□ □	□ □ □ □	□	□	□	□									

INFORMACIÓN ADICIONAL (si hace referencia a datos ya facilitados en una pág. anterior, indique el número y el apartado)

700	1 <i>N° de campo</i>	2 <i>Descripción</i>

Lugar de la catástrofe: _____ N° PM _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe:

Día	Mes	Año	Hombre	Mujer	Otros	Desconocido
<input type="checkbox"/>						

a = No se dispone de datos b = Anexo c = Más detalles en pág. de información adicional (700)

ANEXO SOBRE DATOS GENÉTICOS a b c

810	Laboratorio de análisis	Nombre: _____ E-mail: _____ Address: _____ Localidad: _____ Fecha de la muestra: _____			
------------	--------------------------------	--	--	--	--

815	Normas del laboratorio	Entidad acreditadora: _____ No acreditado <input type="checkbox"/>			
------------	-------------------------------	--	--	--	--

820	Kit(s) STR utilizados	Nombre(s) de kit(s) utilizado(s): _____			
------------	------------------------------	---	--	--	--

825	ADN	Nº de muestra: _____			
------------	------------	----------------------	--	--	--

VWA			DYS391		
TH01			DYS576		
D21S11			DYS570		
FGA			Yindel		
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 (810-825) 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí
------------	--	--

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

Lugar de la catástrofe: _____

N° PM _____

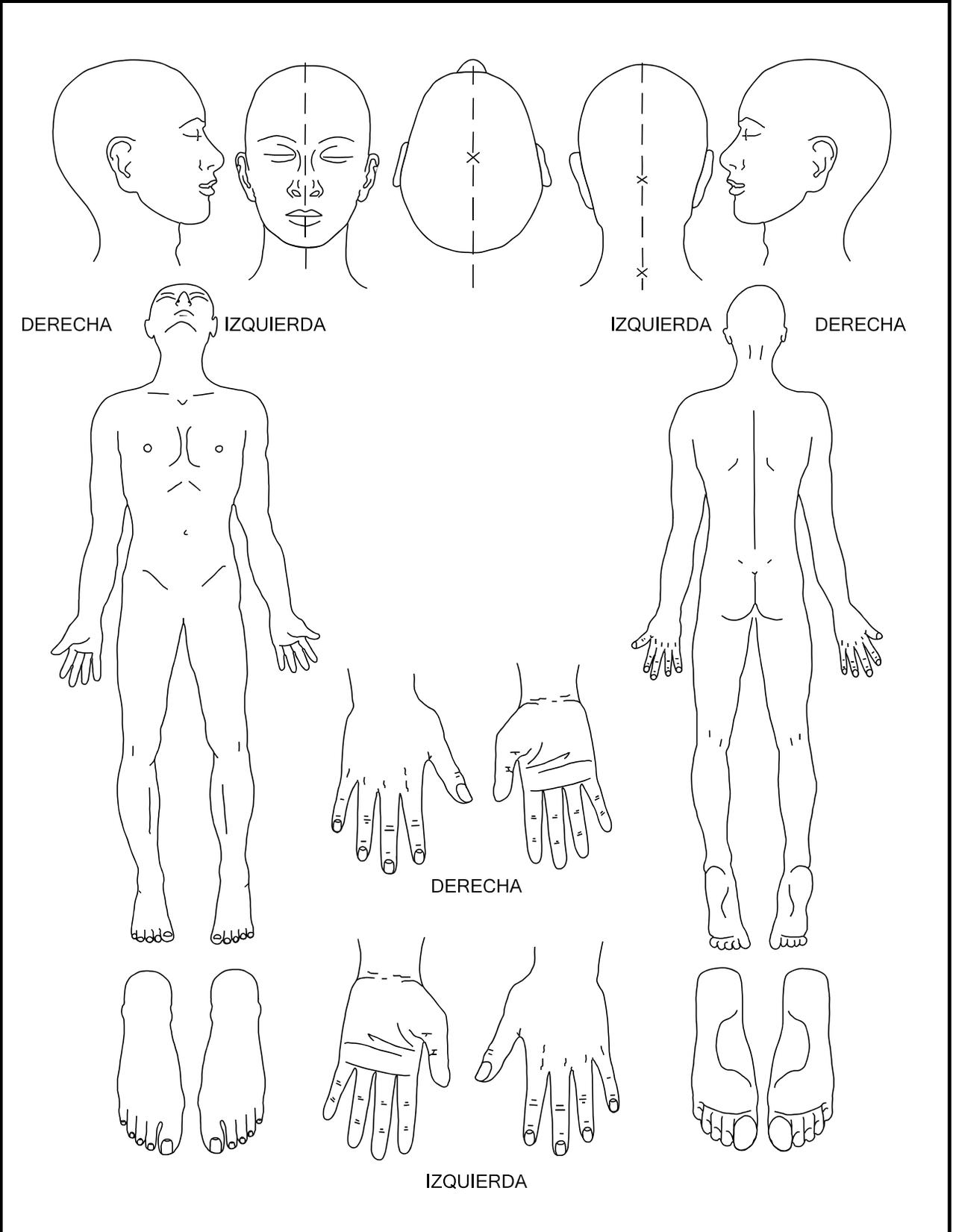
Tipo de catástrofe: _____

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

Hombre	Mujer	Otros	Desconocido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de la catástrofe:

835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)



Lugar de la catástrofe: _____

N° PM _____

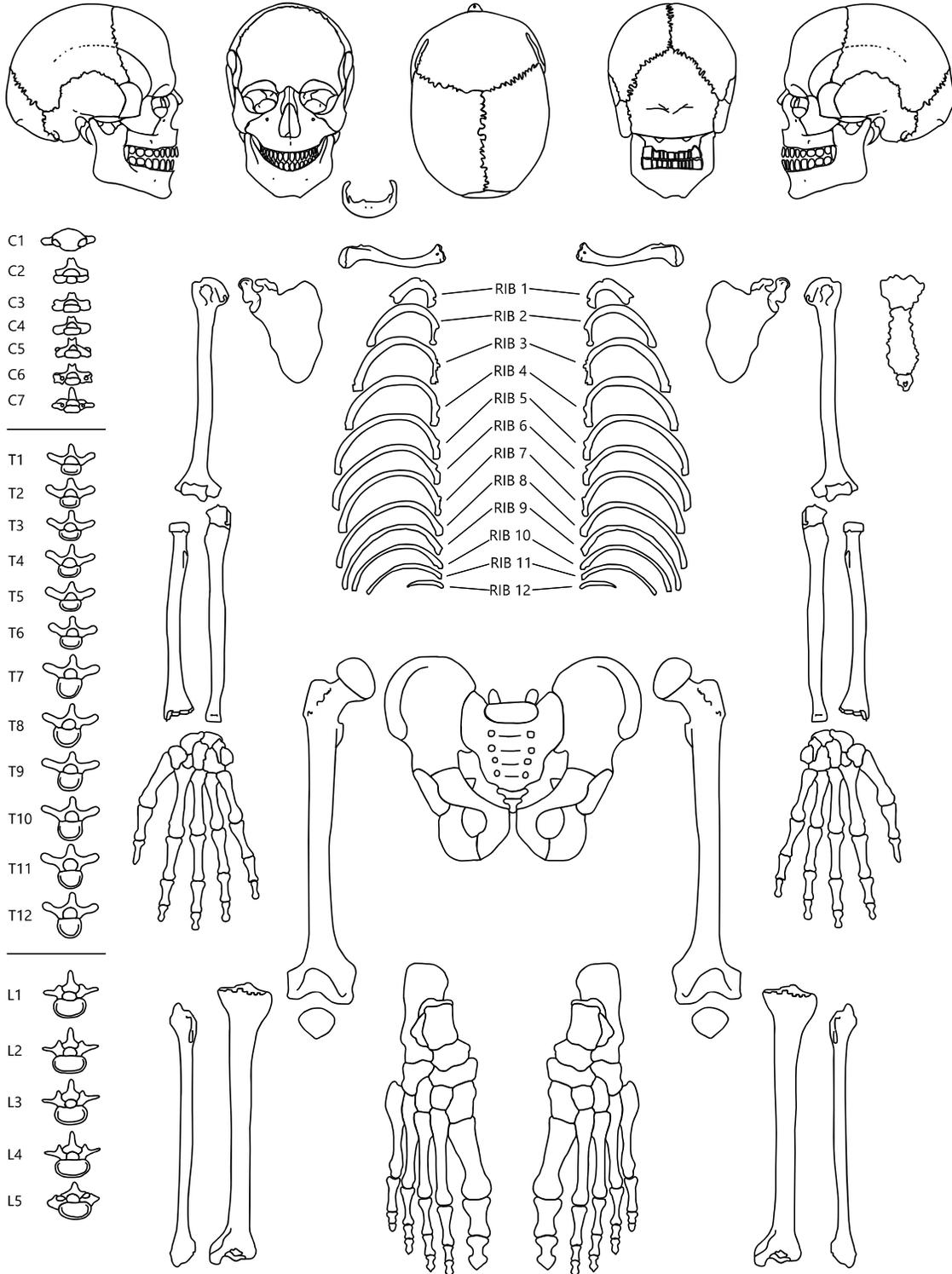
Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe:

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

Hombre	Mujer	Otros	Desconocido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

840 ANEXO - ESQUEMA DEL ESQUELETO (opcional)



Lugar de la catástrofe: _____	N° PM _____
Tipo de catástrofe: _____	En N° PM _____
Fecha de la catástrofe:	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
Día Mes Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

a = No se dispone de datos b = Anexo c = Más detalles en pág. de información adicional (700)

ANEXO EXAMEN REGISTRO DE FRAGMENTOS DE RESTOS SIN IDENTIFICAR							a	b	c																																	
875	Número de fragmentos	1 <input type="checkbox"/>	2-20 <input type="checkbox"/>	21-60 <input type="checkbox"/>	61-100 <input type="checkbox"/>	101-200 <input type="checkbox"/>	>200 <input type="checkbox"/>																																			
876	Peso (g)	_____																																								
877	Tamaño (mm)	<i>Min.</i> _____		<i>Máx.</i> _____																																						
878	Estado	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%;"><i>Fresco</i></td> <td style="width:25%;"><i>Descompuesto</i></td> <td style="width:25%;"><i>Quemado</i></td> <td style="width:25%;"><i>Mixto</i></td> </tr> <tr> <td>01 Estado</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>02 Si está quemado, color d</td> <td><i>Amarillo/naranja</i></td> <td><i>Negro</i></td> <td><i>Gris</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><i>Mixto</i></td> </tr> </table>									<i>Fresco</i>	<i>Descompuesto</i>	<i>Quemado</i>	<i>Mixto</i>	01 Estado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>				4 <input type="checkbox"/>	02 Si está quemado, color d	<i>Amarillo/naranja</i>	<i>Negro</i>	<i>Gris</i>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>				4 <input type="checkbox"/>				5 <input type="checkbox"/>				<i>Mixto</i>
<i>Fresco</i>	<i>Descompuesto</i>	<i>Quemado</i>	<i>Mixto</i>																																							
01 Estado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																							
			4 <input type="checkbox"/>																																							
02 Si está quemado, color d	<i>Amarillo/naranja</i>	<i>Negro</i>	<i>Gris</i>																																							
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																							
			4 <input type="checkbox"/>																																							
			5 <input type="checkbox"/>																																							
			<i>Mixto</i>																																							
879	Presencia de material no humano	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Sí</i> 2 <input type="checkbox"/>																																							
880	Número mínimo de personas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	>5 <input type="checkbox"/>																																				
881	Rasgos identificadores	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%;"><i>Ninguna</i></td> <td style="width:25%;"><i>ADN</i></td> <td style="width:25%;"><i>Detalle de las huell</i></td> <td style="width:25%;"><i>Odontológico</i></td> <td style="width:25%;"><i>Otros</i></td> </tr> <tr> <td>01 Método(s) de identificaci</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									<i>Ninguna</i>	<i>ADN</i>	<i>Detalle de las huell</i>	<i>Odontológico</i>	<i>Otros</i>	01 Método(s) de identificaci	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																	
<i>Ninguna</i>	<i>ADN</i>	<i>Detalle de las huell</i>	<i>Odontológico</i>	<i>Otros</i>																																						
01 Método(s) de identificaci	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																						
			4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																						
882	Examen forense del esqueleto	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Sí</i> 2 <input type="checkbox"/>																																							
883	Resultados forenses relevantes	<i>No</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Sí</i> 2 <input type="checkbox"/>																																							
884	Pruebas efectuadas de imaginería médica	<i>Ninguna</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Fotografías</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Rayos X</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Tomografía computerizada</i> 4 <input type="checkbox"/>																																					
885	Datos complementarios																																									

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