



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)

| EFECTOS PERSONALES (posiblemente portados por la persona o que forman parte de su equipaje) |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          | a | b      | c |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|---|-------------|---|-----------------|---|-------|---|----------|---|--------|---|--|--|--|
| 300                                                                                         | Ropa | N°: | 1 | Tipo/estilo | 2 | Color principal | 3 | Marca | 4 | Material | 5 | Tamaño |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |
|                                                                                             |      |     |   |             |   |                 |   |       |   |          |   |        |   |  |  |  |

Indíquese únicamente estos colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido, plateado, dorado o multicolor.

Recogidos por

Cargo

Nombre

Dirección

Tel./e-mail

Firma y fecha

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Lugar de la catástrofe:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>N° PM</b> _____ |
| <b>Tipo de catástrofe:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| <b>Fecha de la catástrofe:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             Día<br/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">             Mes<br/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">             Año<br/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">             Hombre<br/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             Mujer<br/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             Otros<br/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             Desconocido<br/> <input type="checkbox"/> </div> </div> |                    |

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                  |                    |                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|-------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>310</b>                                                                                  | <b>Reloj</b>                                                                    | <b>N°:</b>                 | <b>1</b>                                 | <i>Marca</i>                 | <b>2</b>                | <i>Modelo</i>           | <b>3</b>                  | <i>Color principal</i> | <b>4</b>        | <i>Material</i>    | <b>5</b>           | <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><br>1      | <i>Derecha</i><br>2                      | <i>Por fuera</i><br>3        | <i>Por dentro</i><br>4  |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
| 06 Correa/cadena de reloj de pulsera                                                        | <i>Cuero</i><br>1                                                               | <i>Metal</i><br>2          | <i>Goma</i><br>3                         | <i>Otros (precise):</i><br>4 |                         |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
| <b>315</b>                                                                                  | <b>Gafas/anteojos</b>                                                           | <b>1</b>                   | <i>Marca</i>                             | <b>2</b>                     | <i>Modelo</i>           | <b>3</b>                | <i>Color principal</i>    | <b>4</b>               | <i>Material</i> | <b>5</b>           | <i>Inscripción</i> |                         |  |  |  |  |  |
|                                                                                             | 01 Montura                                                                      |                            |                                          |                              |                         |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
|                                                                                             | 02 Lentes (vidrio)                                                              | <i>Fotocromáticas</i><br>1 | <i>Coloreadas</i><br>2                   | <i>No</i><br>3               | <i>Sí (precise):</i>    |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
|                                                                                             | 03 Forma de las lentes                                                          | <i>Redonda</i><br>1        | <i>Ovalada</i><br>2                      | <i>Cuadrada</i><br>3         | <i>Media luna</i><br>4  | <i>Sin montura</i><br>5 | <i>Montura compl</i><br>6 |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
|                                                                                             | 04 Material/tipo de lentes                                                      | <i>Vidrio</i><br>1         | <i>Polycarbonato</i><br>2                | <i>Bifocales</i><br>3        | <i>Progresivas</i><br>4 |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
| <b>320</b>                                                                                  | <b>Lentes de contacto</b>                                                       | <i>No</i><br>1             | <i>Sí (indique si son de color)</i><br>2 |                              |                         |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
| <b>325</b>                                                                                  | <b>Audífonos</b>                                                                | <i>No</i><br>1             | <i>Sí (precise):</i><br>2                | <i>N° de serie:</i>          |                         |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
|                                                                                             | 01 Izquierda                                                                    |                            |                                          |                              |                         |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
|                                                                                             | 02 Derecha                                                                      | <i>No</i><br>1             | <i>Sí (precise):</i><br>2                | <i>N° de serie:</i>          |                         |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                 |                            |                                          |                              |                         |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
| <b>330</b>                                                                                  | <b>Prótesis externas</b>                                                        | <i>No</i><br>1             | <i>Sí (precise):</i><br>2                | <i>N° de serie:</i>          |                         |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
| <b>335</b>                                                                                  | <b>Joyas</b>                                                                    | <b>N°:</b>                 | <b>1</b>                                 | <i>Tipo/estilo</i>           | <b>2</b>                | <i>Color principal</i>  | <b>3</b>                  | <i>Material</i>        | <b>4</b>        | <i>Inscripción</i> | <b>5</b>           | <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 Otro", describa el tipo de artículo en la columna "1 Tipo/estilo". |                            |                                          |                              |                         |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                 |                            |                                          |                              |                         |                         |                           |                        |                 |                    |                    |                         |  |  |  |  |  |

Indíquense únicamente estos colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido, plateado, dorado o multicolor.

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

Lugar de la catástrofe:

N° PM

Tipo de catástrofe:

Día

Mes

Año

Hombre

Mujer

Otros

Desconocido

Fecha de la catástrofe:

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<br><br>01 Tarjetas bancarias<br>02 Permiso de conducir<br>03 Tarjeta de identidad<br>04 Pasaporte<br>99 Otros<br><br><br><br><br><br>Si marca "99 Otro",<br>describa el tipo de artículo<br>en la columna "3 Datos"                                                                                       | N°: | 1 | Nacionalidad | 2 | Número | 3 | Datos           | 4 | Datos biométricos | 5 | Chip        |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
| 345                                                                                         | Pertenencias<br><br>01 Llaves/llaves magnéticas<br>02 Riñonera<br>03 Dinero<br>04 Diario/agenda<br>05 Monedero<br>06 Tickets<br>07 Cartera/billetera<br>99 Otros<br><br><br><br><br><br>Si marca "99 Otros"<br>describa el tipo de artículo<br>en la columna "2 Modelo".                                                          | N°: | 1 | Marca        | 2 | Modelo | 3 | Color principal | 4 | Material          | 5 | N° de serie | 6 | Marcas |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
| 350                                                                                         | Dispositivos electrónicos<br><br>01 Cámara<br>02 Teléfono móvil<br>03 Reproductor de música<br>04 Tarjeta SIM<br>05 Tableta/dispositivo portátil<br>06 Vídeo<br>07 Soportes electrónicos de<br>almacenamiento<br>99 Otros<br><br><br><br><br><br>Si marca "99 Otros"<br>describa el tipo de artículo<br>en la columna "2 Modelo". | N°: | 1 | Marca        | 2 | Modelo | 3 | Color principal | 4 | Material          | 5 | N° de serie | 6 | Marcas |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |

Indíquense únicamente estos colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido, plateado, dorado o multicolor.

Recogidos por

Cargo

Nombre

Dirección

Tel./e-mail

Firma y fecha

Lugar de la catástrofe:

N° PM

Tipo de catástrofe:

Día

Mes

Año

Hombre

Mujer

Otros

Desconocido

Fecha de la catástrofe:

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

DESCRIPCIÓN FÍSICA (aparencia)

a

b

c

402 Estado del cadáver

Completo

Incompleto

Parte del cuerpo

1

2

3

404 Rasgos distintivos

N°:

1

Cicatrices

2

Piercings

3

Tatuajes

4

Marcas en la piel

5

Malformaciones

6

Amputaciones

Cabeza y cuello

01 Cabeza

02 Cuello

Tronco

11 Parte delantera del tronco

12 Espalda

13 Genitales

14 Nalgas

Extremidades izquierdas

21 Parte superior del brazo izquierdo

22 Antebrazo izquierdo

23 Mano izquierda

24 Muslo izquierdo

25 Rodilla izquierda

26 Parte inferior de la pierna izquierda

27 Pie izquierdo

Extremidades derechas

31 Parte superior del brazo derecho

32 Antebrazo derecho

33 Mano derecha

34 Muslo derecho

35 Rodilla derecha

36 Parte inferior de la pierna derecha

37 Pie derecho

408 Altura

Min.

Máx.

Min.

Máx.

cm

/

cm

pies

in

/

pies

in

412 Peso

Min.

Máx.

Min.

Máx.

kg

/

kg

libras

/

libras

416 Compleción

Ligera

Mediana

Grande

1

2

3

420 Cabello

Natural

Extensión

Postizo

Peluca

Implante capilar

1

2

3

4

5

Corto < 6 cm / 2,4 pulg

Media melena < 12 cm / 4,7 pul

Largo >12 cm / 4,7 pulg

1

2

3

Afeitado

4

Ninguno/descon

Mechas

1

2

Rubio

Marrón

Negro

Rojizo

3

4

5

6

Gris

Blanco

Gris mixto

Otros (precise):

7

8

9

10

Rubio

Marrón

Negro

Rojizo

1

2

3

4

Gris

Blanco

Gris mixto

Otros (precise):

5

6

7

8

Parcial

Total

Frente

Lados

Coronilla

1

2

3

4

5

Describe (y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):

Recogidos por

Cargo

/

Nombre

/

Dirección

/

Tel./e-mail

/

Firma y fecha



Lugar de la catástrofe:

N° PM

Tipo de catástrofe:

Día

Mes

Año

Hombre

Mujer

Otros

Desconocido

Fecha de la catástrofe:

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         | <div>Epidermis</div> <div>1</div> <div>Dermis</div> <div>2</div>                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |   |   |
| 488                                             | Técnica de revelado        | <div>Lavado e impresión</div> <div>1</div> <div>Escaldadura</div> <div>2</div> <div>Guante epidérmico</div> <div>3</div> <div>Agente de vaciado a base de silicona</div> <div>4</div> <div>Otros (precise):</div> <div>5</div>                                                                       |  |   |   |   |
| 492                                             | Huellas tomadas utilizando | <div>Polvo negro y alizador adhesivo</div> <div>1</div> <div>Tinta</div> <div>2</div> <div>Escáner digital</div> <div>3</div> <div>Fotografía</div> <div>4</div> <div>Otros (precise):</div> <div>5</div>                                                                                            |  |   |   |   |
| 496                                             | Procedencia de las huellas | <div> <div> <div>Interdigital</div> <div>Hipotenar</div> <div>Tenar</div> </div> <div> <div>Interdigital</div> <div>Tenar</div> <div>Hipotenar</div> </div> </div> <div> <div>IZQUIERDA</div> <div>DERECHA</div> </div> <div> <div>SOMBREE LAS PARTES DE LAS QUE SE TOMARON LAS HUELLAS</div> </div> |  |   |   |   |

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

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                               |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lugar de la catástrofe:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>N° PM</b>                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                               |
| <b>Tipo de catástrofe:</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                               |
| <b>Fecha de la catástrofe:</b> | <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span><i>Día</i></span> <span><i>Mes</i></span> <span><i>Año</i></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> | <div style="text-align: center; font-size: small;"><i>Hombre</i></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="text-align: center; font-size: small;"><i>Mujer</i></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="text-align: center; font-size: small;"><i>Otros</i></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

[illegible]

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Lugar de la catástrofe:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>N° PM</b> _____ |
| <b>Tipo de catástrofe:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |
| <b>Fecha de la catástrofe:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <i>Día</i><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <i>Mes</i><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <i>Año</i><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <i>Hombre</i><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <i>Mujer</i><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <i>Otros</i><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <i>Desconocido</i><br/> <input type="checkbox"/> </div> </div> |                    |

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

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

|                         |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 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="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

| DATOS ODONTOLÓGICOS |                                                                                                                                                                                                        |              |                     | a                | b                   | c |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|------------------|---------------------|---|
| 610                 | <b>Material disponible para examen</b><br><br>01 Mandíbulas con dientes<br><br>02 Mandíbulas sin dientes<br><br>03 Dientes únicamente<br><br>04 Fragmentos<br><br>05 Otros                             | Control      |                     | Muestra extraída |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        | Superior     | Inferior            |                  |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        | Superior     | Inferior            |                  |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        | Códigos FDI: |                     |                  |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        |              |                     |                  |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        |              |                     |                  |                     |   |
| 615                 | <b>Imágenes dentales disponibles</b><br><br>01 Periapical<br><br>02 Placa de mordida<br><br>03 Ortopantomografía<br><br>04 Tomografía computerizada<br><br>05 Otras radiografías<br><br>06 Fotografías | 1 Digitales  | 2 Indique número de | 3 No digitales   | 4 Indique número de |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        |              |                     |                  |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        |              |                     |                  |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        |              |                     |                  |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        |              |                     |                  |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        |              |                     |                  |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        |              |                     |                  |                     |   |
| 625                 | <b>Datos complementarios</b><br><br>01 Estado de la mandíbula<br><br>02 Otros datos                                                                                                                    |              |                     |                  |                     |   |
|                     |                                                                                                                                                                                                        |              |                     |                  |                     |   |

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

|                                      |                                               |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Lugar de la catástrofe:</b> ..... | <b>N° PM</b> .....                            |
| <b>Tipo de catástrofe:</b> .....     |                                               |
| Día      Mes      Año                | Hombre      Mujer      Otros      Desconocido |
| <b>Fecha de la catástrofe:</b>       |                                               |

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

| DATOS ODONTOLÓGICOS |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    | a  | b  | c  |    |    |    |    |           |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|
| <b>630</b>          | <b>Estado de la dentadura (para dientes primarios, indíquese el código específico de la FDI)</b>   |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |
| 11                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 21 |    |    |    |    |    |           |
| 12                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 22 |    |    |    |    |    |           |
| 13                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 23 |    |    |    |    |    |           |
| 14                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 24 |    |    |    |    |    |           |
| 15                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 25 |    |    |    |    |    |           |
| 16                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 26 |    |    |    |    |    |           |
| 17                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 27 |    |    |    |    |    |           |
| 18                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 28 |    |    |    |    |    |           |
| DERECHA             | 18                                                                                                 | 17                                                                                                          | 16 | 15 | 14                                 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | IZQUIERDA |
|                     |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |
|                     | 48                                                                                                 | 47                                                                                                          | 46 | 45 | 44                                 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |           |
| 48                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 38 |    |    |    |    |    |           |
| 47                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 37 |    |    |    |    |    |           |
| 46                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 36 |    |    |    |    |    |           |
| 45                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 35 |    |    |    |    |    |           |
| 44                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 34 |    |    |    |    |    |           |
| 43                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 33 |    |    |    |    |    |           |
| 42                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 32 |    |    |    |    |    |           |
| 41                  |                                                                                                    |                                                                                                             |    |    |                                    |    |    |    |    |    | 31 |    |    |    |    |    |           |
| <b>635</b>          | <b>Datos específicos</b><br>01 Precise                                                             | 1 Coronas      2 Puentes      3 Implantes<br>4 Dentadura postiza      5 Otros      6 Conducto radicular     |    |    |                                    |    |    |    |    |    | a  | b  | c  |    |    |    |           |
| <b>640</b>          | <b>Otros resultados</b><br>01 Precise                                                              | 1 Oclusión      2 Erosión dental      3 Estado periodontal<br>4 Supernumerarios      5 Manchas      6 Otros |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |
| <b>645</b>          | <b>Tipo de dentición</b><br>01 Precise                                                             | 1 Dentición primaria      2 Dentición mixta      3 Dentición permanente                                     |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |
| <b>647</b>          | <b>Edad estimada</b><br><br>01 Edad<br>(en años o en meses):                                       | Mín. _____ año      Máx. _____ año                                                                          |    |    | Mín. _____ mes      Máx. _____ mes |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |
| <b>650</b>          | <b>Control de calidad</b><br><br>Odontólogo forense 1<br><br><br>Odontólogo forense 2 (si procede) | Fecha: _____      Firma: _____                                                                              |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |
|                     |                                                                                                    | Fecha: _____      Firma: _____                                                                              |    |    |                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |

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

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

| INFORMACIÓN ADICIONAL (si hace referencia a datos ya facilitados en una pág. anterior, indique el número y el apartado) |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 700                                                                                                                     | 1 N° de campo 2 Descripción                                     |
| 705                                                                                                                     | Página suplementaria para información adicional (700) 1 No 2 Sí |

|                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lugar de la catástrofe:</b> .....                                                                                                                                                         | <b>N° PM</b> .....                                                                                                                                                                      |
| <b>Tipo de catástrofe:</b> .....                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                         |
| <b>Fecha de la catástrofe:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <div>Día<br/>□ □</div> <div>Mes<br/>□ □</div> <div>Año<br/>□ □ □ □</div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <div>Hombre<br/>□</div> <div>Mujer<br/>□</div> <div>Otros<br/>□</div> <div>Desconocido<br/>□</div> </div> |

a = No se dispone de datos

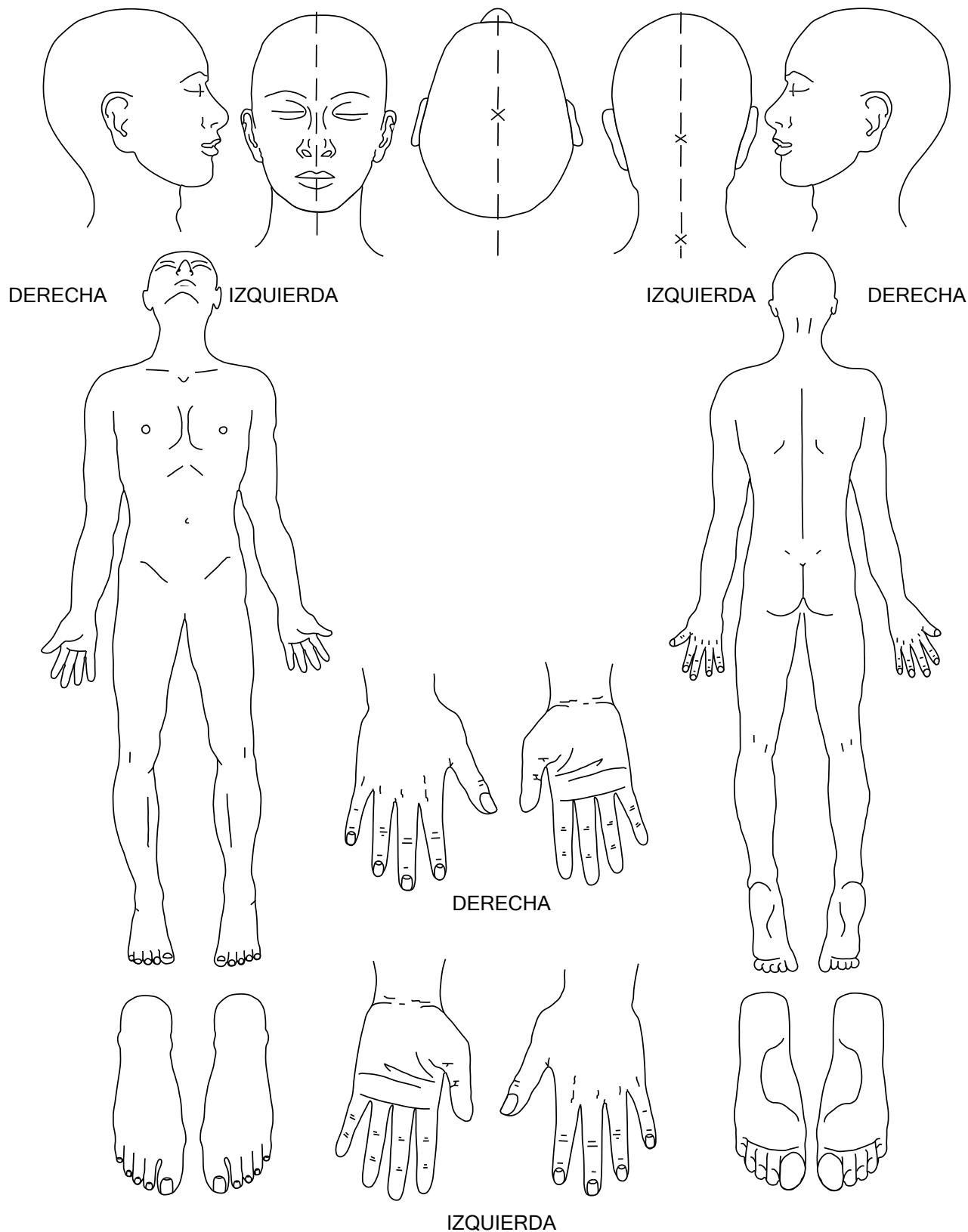
b = Anexo

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

| ANEXO SOBRE DATOS GENÉTICOS                                                                                                           |                                |                                                                                                                                   |                      |        |  | a | b | c |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|--|---|---|---|
| 810                                                                                                                                   | <b>Laboratorio de análisis</b> | <b>Nombre:</b> ..... <b>E-mail:</b> .....<br><b>Dirección:</b> .....<br><b>Localidad:</b> ..... <b>Fecha de la muestra:</b> ..... |                      |        |  |   |   |   |
| 815                                                                                                                                   | <b>Normas del laboratorio</b>  | <b>Entidad acreditadora:</b> ..... <b>No acreditado</b><br><div style="text-align: center;">1</div>                               |                      |        |  |   |   |   |
| 820                                                                                                                                   | <b>Kit(s) STR utilizados</b>   | <b>Nombre(s) de los kit(s) utilizado(s):</b> .....                                                                                |                      |        |  |   |   |   |
| 825                                                                                                                                   | <b>ADN</b>                     | <b>N° de muestra:</b> .....                                                                                                       |                      |        |  |   |   |   |
|                                                                                                                                       | 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                                                                                                                                   |                                | <b>Pág. adicional sobre perfiles de ADN (810-825)</b> 1    No    2    Sí                                                          |                      |        |  |   |   |   |
| <b>Recogidos por</b>                                                                                                                  |                                | Cargo :<br>Nombre :<br>Dirección :<br>Tel./e-mail :                                                                               | <b>Firma y fecha</b> |        |  |   |   |   |

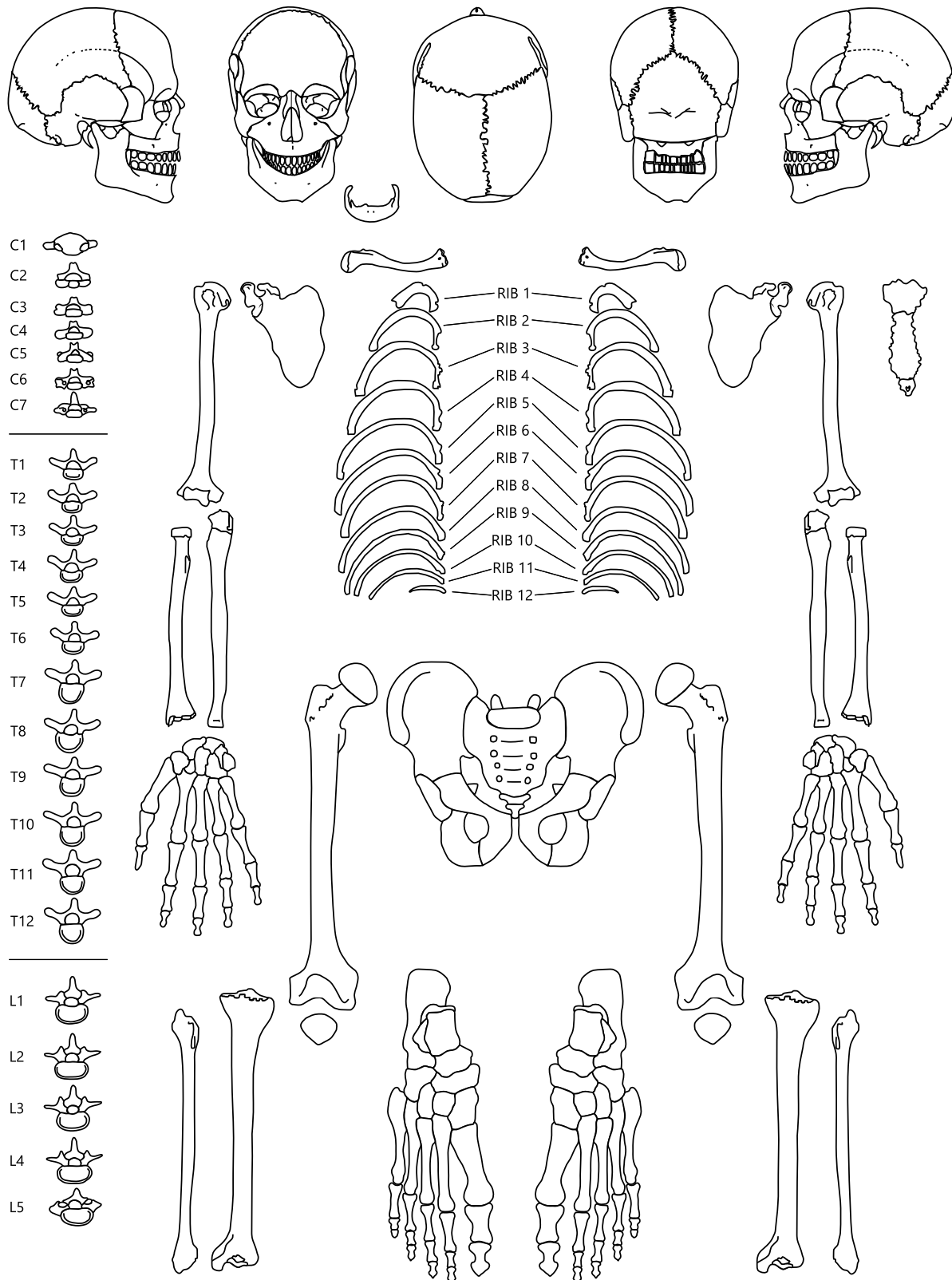
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lugar de la catástrofe:</b> _____ | <b>N° PM</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Tipo de catástrofe:</b> _____     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Fecha de la catástrofe:</b>       | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Día</b><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> <b>Mes</b><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> <b>Año</b><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> <b>Hombre</b><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div> <b>Mujer</b><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div> <b>Otros</b><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div> <b>Desconocido</b><br/> <input type="checkbox"/> </div> </div> |

**835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)**



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lugar de la catástrofe:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>N° PM</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Tipo de catástrofe:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Fecha de la catástrofe:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>Día</b><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>Mes</b><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>Año</b><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>Hombre</b><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>Mujer</b><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>Otros</b><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <b>Desconocido</b><br/> <input type="checkbox"/> </div> </div> |

**840 ANEXO - ESQUEMA DEL ESQUELETO (opcional)**



|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lugar de la catástrofe: .....                                                                                                                                                                                                                                                 | N° PM .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Tipo de catástrofe: .....                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Hombre</span> <span>Mujer</span> <span>Otros</span> <span>Desconocido</span> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Fecha de la catástrofe:                                                                                                                                                                                                                                                       | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> |

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

| ANEXO - REGISTRO DE EXAMEN RADIOLÓGICO (opcional) |                                |              |                             |                                             | a                     | b | c |  |  |  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|---|---|--|--|--|
| 852                                               | Modalidad                      | Rayos X<br>1 | Tomografía com<br>2         | Fluoroscopia<br>3                           | Otros (precise):<br>4 |   |   |  |  |  |
| 854                                               | Problemas técnicos             | No<br>1      | Sí (precise):<br>2          |                                             |                       |   |   |  |  |  |
| 856                                               | Tipo de restos                 | Humanos<br>1 | No humanos<br>2             | Mezclado<br>3                               | Incierto<br>4         |   |   |  |  |  |
| 858                                               | Estado de los restos           | Intacto<br>1 | Incompleto<br>2             | Partes del cuerpo separadas (precise):<br>3 |                       |   |   |  |  |  |
| 860                                               | Existencia de enfermedades     | No<br>1      | Sí (indique más abajo)<br>2 |                                             |                       |   |   |  |  |  |
| 862                                               | Tratamiento dental             | No<br>1      | Sí (indique más abajo)<br>2 |                                             |                       |   |   |  |  |  |
| 864                                               | Implantes                      | No<br>1      | Sí (indique más abajo)<br>2 |                                             |                       |   |   |  |  |  |
| 866                                               | Resultados forenses relevantes | No<br>1      | Sí (indique más abajo)<br>2 |                                             |                       |   |   |  |  |  |
| 868                                               | Peligros                       | No<br>1      | Sí (indique más abajo)<br>2 |                                             |                       |   |   |  |  |  |
| 870                                               | Datos complementarios          |              |                             |                                             |                       |   |   |  |  |  |
| 872                                               | Imágenes asociadas             | No<br>1      | Sí (precise):<br>2          |                                             |                       |   |   |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Recogidos por</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Firma y fecha</b> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Cargo</span> <span>:</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nombre</span> <span>:</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Dirección</span> <span>:</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Tel./e-mail</span> <span>:</span> </div> |                      |

|                         |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Lugar de la catástrofe: | -----                |                      | N° PM                | -----                |                      |
| Tipo de catástrofe:     | -----                |                      | En N° PM             | -----                |                      |
| Fecha de la catástrofe: | Día                  | Mes                  | Año                  | Hombre               | Mujer                |
|                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

a = 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<br>1           | 2_21<br>2        | 21_61<br>3           | 61_101<br>4                   | 101_201<br>5 | >201<br>6 |   |   |
| 876                                                           | Peso (g)                              |                  |                  |                      |                               |              |           |   |   |
| 877                                                           | Tamaño (mm)                           | Mín.<br><br>     | Máx.<br><br>     |                      |                               |              |           |   |   |
| 878                                                           | Estado                                | Fresco           | Descompuesto     | Quemado              | Mixto                         |              |           |   |   |
|                                                               | 01 Estado                             | 1                | 2                | 3                    | 4                             |              |           |   |   |
|                                                               |                                       | Amarillo/naranja | Negro            | Gris                 | Blanco                        | Mixto        |           |   |   |
|                                                               | 02 Si está quemado, color d           | 1                | 2                | 3                    | 4                             | 5            |           |   |   |
| 879                                                           | Presencia de material no humano       | No<br>1          | Sí<br>2          |                      |                               |              |           |   |   |
| 880                                                           | Número mínimo de personas             | 1                | 2                | 3                    | 4                             | >6           |           |   |   |
| 881                                                           | Rasgos identificadores                | Ninguna          | ADN              | Detalle de las huell | Odontológico                  | Otros        |           |   |   |
|                                                               | 01 Método(s) de identificaci          | 1                | 2                | 3                    | 4                             | 5            |           |   |   |
| 882                                                           | Examen forense del esqueleto          | No<br>1          | Sí<br>2          |                      |                               |              |           |   |   |
| 883                                                           | Resultados forenses relevantes        | No<br>1          | Sí<br>2          |                      |                               |              |           |   |   |
| 884                                                           | Pruebas efectuadas de imagería médica | Ninguna<br>1     | Fotografías<br>2 | Rayos X<br>3         | Tomografía computerizada<br>4 |              |           |   |   |
| 885                                                           | Datos complementarios                 |                  |                  |                      |                               |              |           |   |   |

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