

Lugar de la catástrofe:

N° PM

Tipo de catástrofe:

Fecha de la catástrofe:

Día

Mes

Año

Hombre

Mujer

Otros

Desconocido

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

DATOS ADMINISTRATIVOS (lista de operaciones en la morgue)					Fecha	a	b	c
155	Fotografías tomadas el	No 1	Sí (precise): 2					
160	Efectos personales recabados	No 1	Sí (precise): 2					
165	Huellas tomadas de 01 Dedo(s)	No 1	Imposible 2	Sí, por: 3				
	02 Palma(s)	No 1	Imposible 2	Sí, por: 3				
	03 Pie(s)	No 1	Imposible 2	Sí, por: 3				
170	Examen	No 1	Sí 2	Imágenes (precise) 3				
	01 Examen externo	No 1	Sí 2	Imágenes (precise) 3				
	02 Autopsia parcial	No 1	Sí 2	Imágenes (precise) 3				
	03 Autopsia completa	No 1	Sí - Véase informe específico 2					
	04 Nombre del forense							
	Calle / n°							
	Código postal/localidad							
	Estado/país							
	Tel./e-mail							
175	Examen odontológico	No 1	Sí 2	Imágenes (precise en el campo 615) 3				
	01 Terminado							
	02 Nombre del odontólogo							
	Calle / n°							
	Código postal/localidad							
	Estado/país							
	Tel./e-mail							
180	Muestras tomadas	No 1	Sí 2	ADN 3	Toxicológicas (en su cas) 4			
	01 por el forense							
	Véase 545							
	02 por el odontólogo							
	Véase 610							
185	Números de referencia	SAID	ADN	Persona desaparecida				

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL CONTENIDO	Se adjunta completa	No disponible	Observaciones
Datos administrativos (campos 1xx)			
Efectos personales (campos 3xx)			
Descripción del cadáver (campos 4xx)			
Patologías (campos 5xx)			
Datos odontológicos (campos 6xx)			
Información adicional (campos 7xx)			
Anexo (campos 8xx) (opcional)			

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				

Only use these colours: Black, Blue, Brown, Green, Grey, Orange, Pink, Purple, Red, White, Yellow, Unknown, Silver, Gold or Multi-coloured.

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

Lugar de la catástrofe: _____	N° PM _____
Tipo de catástrofe: _____	
Fecha de la catástrofe: Día [][] Mes [][] Año [][][][]	Hombre [] Mujer [] Otros [] Desconocido []

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

EFECTOS PERSONALES (posiblemente portados por la persona o que forman parte de su equipaje)								a	b	c														
310	Reloj	N°:	1	Marca	2	Modelo	3	Color principal	4	Material	5	Inscripción												
	01 Reloj de pulsera digital																							
	02 Reloj de pulsera analógico																							
	03 Reloj inteligente																							
	04 Reloj de otro tipo	Dónde lo llevaba:																						
	05 Si llevaba reloj de pulsera, en qué muñeca	Izquierda 1	Derecha 2	Por fuera 3	Por dentro 4																			
315	Gafas/anteojos			1	Marca			2	Modelo			3	Color principal			4	Material			5	Inscripción			
	01 Montura																							
	02 Lentes (vidrio)	Fotocromáticas 1		Coloreadas 2		No 3	Sí (precise):																	
	03 Forma de las lentes	Redonda 1	Ovalada 2	Cuadrada 3	Media luna 4	Sin montura 5	Montura compl 6																	
	04 Material/tipo de lentes	Vidrio 1	Policarbonato 2	Bifocales 3	Progresivas 4																			
320	Lentes de contacto	No 1	Sí (indique si son de color) 2																					
325	Audífonos	No 1	Sí (precise):											N° de serie:										
	01 Izquierda																							
	02 Derecha																							
330	Prótesis externas	No 1	Sí (precise):											N° de serie:										
335	Joyas	N°:	1	Tipo/estilo	2	Color principal	3	Material	4	Inscripción	5	Dónde lo llevaba												
	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".																							

Only use these colours: Black, Blue, Brown, Green, Grey, Orange, Pink, Purple, Red, White, Yellow, Unknown, Silver, Gold or Multi-coloured.

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

Lugar de la catástrofe: _____	N° PM _____
Tipo de catástrofe: _____	
Fecha de la catástrofe: DíaMesAño	HombreMujerOtrosDesconocido

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

Only use these colours: Black, Blue, Brown, Green, Grey, Orange, Pink, Purple, Red, White, Yellow, Unknown, Silver, Gold or Multi-coloured.

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 (apariencia)

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 Complexión

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: _____	
Fecha de la catástrofe: <i>Día</i> <i>Mes</i> <i>Año</i>	<i>Hombre</i> <i>Mujer</i> <i>Otros</i> <i>Desconocido</i>

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

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

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

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)

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

Lugar de la catástrofe:

N° PM

Tipo de catástrofe:

Fecha de la catástrofe:

Día

Mes

Año

Hombre

Mujer

Otros

Desconocido

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

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

Recogidos por

Cargo

Nombre

Dirección

Tel./e-mail

:

Firma y fecha

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

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

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

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

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:								

INFORMACIÓN ADICIONAL (si hace referencia a datos ya facilitados en una pág. anterior, indique el número y el apartado)		
700	1 <i>N° de campo</i>	2 <i>Descripción</i>
705		

Lugar de la catástrofe: _____ N° PM _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe:

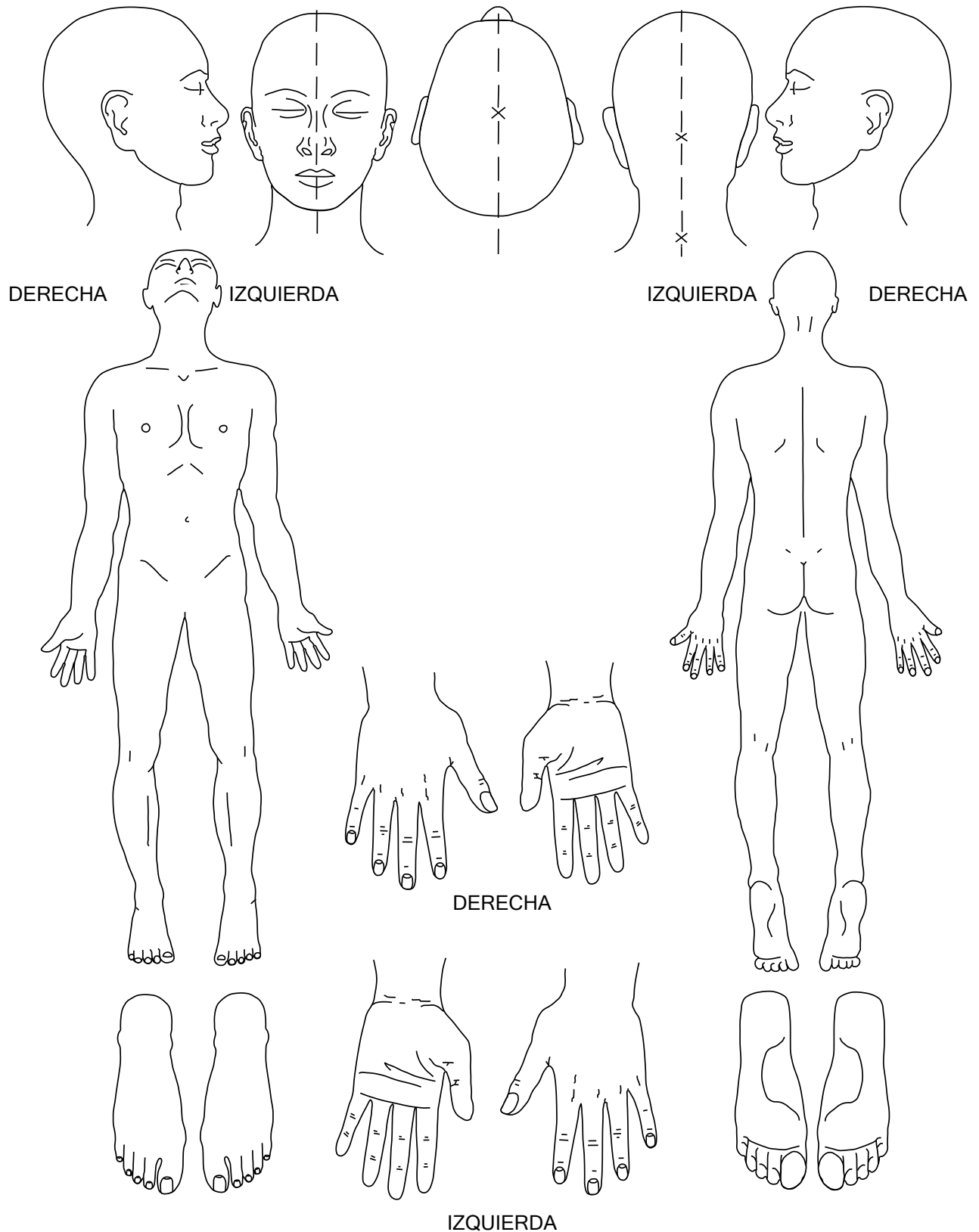
Día	Mes	Año	Hombre	Mujer	Otros	Desconocido

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

ANEXO SOBRE DATOS GENÉTICOS						a	b	c
810	Laboratorio de análisis	Nombre: _____ E-mail: _____ Address: _____ Localidad: _____ Fecha de la muestra: _____						
815	Normas del laboratorio	Entidad acreditadora: _____ No acreditado 1						
820	Kit(s) STR utilizados	Nombre(s) de kit(s) utilizado(s): _____						
825	ADN	N° de muestra: _____						
	VWA			DYS391				
	TH01			DYS576				
	D21S11			DYS570				
	FGA			Yindel				
	D8S1179							
	D3S1358							
	D18S51							
	Amelogenina							
	TPOX							
	CSF1PO							
	D13S317							
	D7S820							
	D5S818							
	D16S539							
	D2S1338							
	D19S433							
	Penta D							
	Penta E							
	D1S1656							
	D2S441							
	D10S1248							
	D22S1045							
	D12S391							
	SE33							
	D6S1043							
Si desea añadir más información sobre los marcadores mencionados, marque la columna c y utilice la página 700, Información adicional.								
830		Pág. adicional sobre perfiles de ADN (810-825) 1 No 2 Sí						
Recogidos por		Cargo : _____	Nombre : _____			Dirección : _____		
		Tel./e-mail : _____	Firma y fecha					

Lugar de la catástrofe: _____	N° PM _____
Tipo de catástrofe: _____	
Fecha de la catástrofe:	DíaMesAñoHombreMujerOtrosDesconocido <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>

835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)



Lugar de la catástrofe:

N° PM

Tipo de catástrofe:

Día

Mes

Año

Hombre

Mujer

Otros

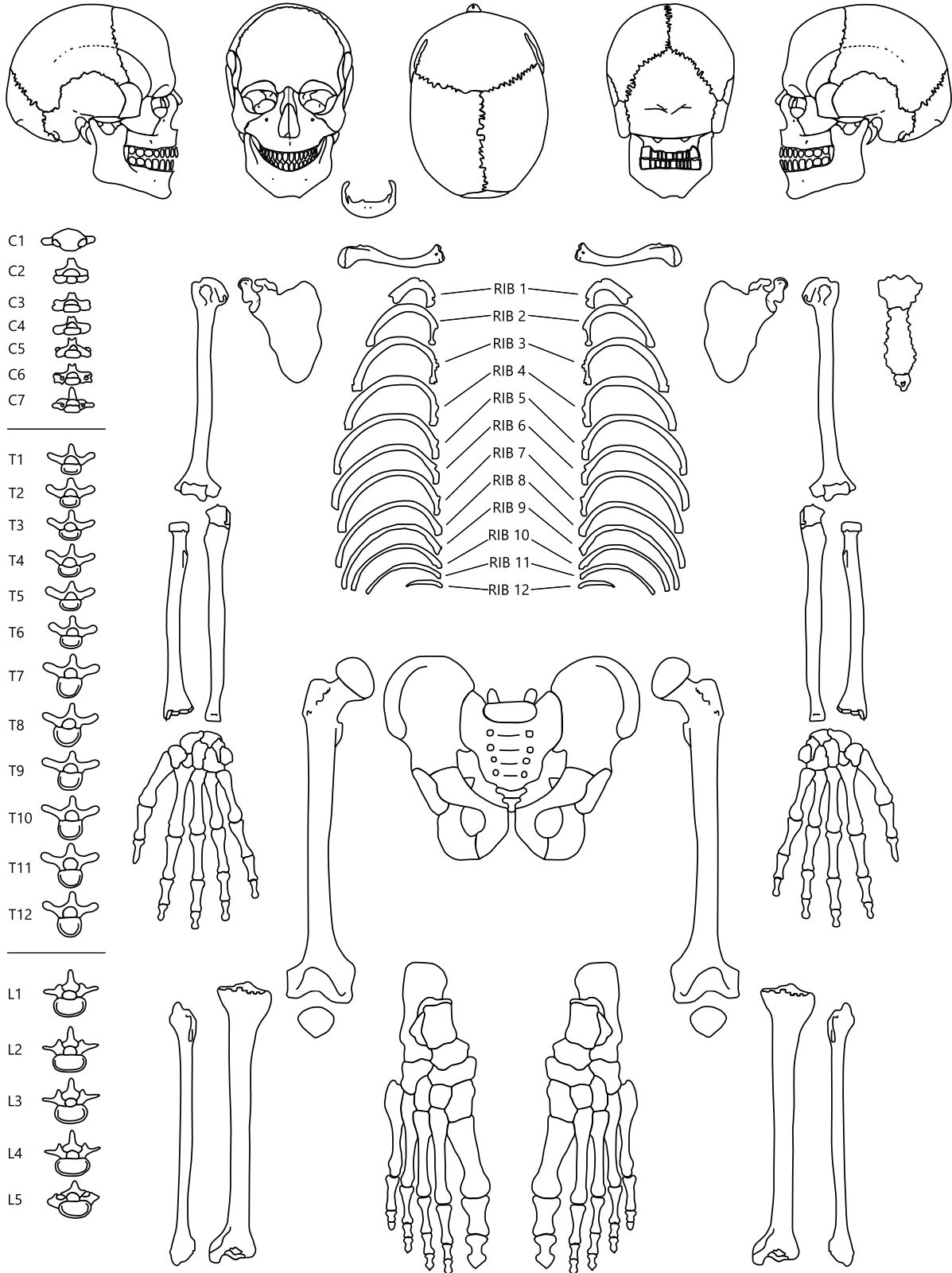
Desconocido

Fecha de la catástrofe:

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

☐
☐
☐
☐

840 ANEXO - ESQUEMA DEL ESQUELETO (opcional)



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)

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

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

Lugar de la catástrofe: _____ Tipo de catástrofe: _____ Fecha de la catástrofe: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año				N° PM _____ En _____ N° PM _____ <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">Hombre</td> <td style="width: 20%;">Mujer</td> <td style="width: 20%;">Otros</td> <td style="width: 20%;">Desconocido</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Hombre	Mujer	Otros	Desconocido				
Día	Mes	Año													
Hombre	Mujer	Otros	Desconocido												

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 1	2-20 2	21-60 3	61-100 4	101-200 5	>200 6					
876	Peso (g)											
877	Tamaño (mm)	Mín. 		Máx. 								
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 1	Sí 2									
880	Número mínimo de personas	1	2	3	4	>5						
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 1	Sí 2									
883	Resultados forenses relevantes	No 1	Sí 2									
884	Pruebas efectuadas de imagería médica	Ninguna 1	Fotografías 2	Rayos X 3	Tomografía computerizada 4							
885	Datos complementarios											

Recogidos por <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Cargo</td> <td style="width: 30%;">:</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>Nombre</td> <td>:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dirección</td> <td>:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tel./e-mail</td> <td>:</td> <td></td> </tr> </table>	Cargo	:		Nombre	:		Dirección	:		Tel./e-mail	:		Firma y fecha
Cargo	:												
Nombre	:												
Dirección	:												
Tel./e-mail	:												