

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	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	No 1	Sí 2	ADN 3				
	02 por el odontólogo Véase 610	No 1	Sí 2	ADN 3				
185	Números de referencia	SAID	ADN	Persona desaparecida				
		Policia	Local	Otros				
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				

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

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														
06 Correa/cadena de reloj de pulsera	Cuero 1	Metal 2	Goma 3	Otros (precise): 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	Polycarbonato 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	No 1	Sí (precise):										N° de serie:						
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 Otros", describa el tipo de artículo en la columna "1 Tipo/estilo".																		

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

Recogidos por Cargo : 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			
	Si marca "99 Otros", 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		
	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		
	Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".									

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

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

Lugar de la catástrofe:

N° PM

Tipo de catástrofe:

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 1	Incompleto 2	Parte del cuerpo 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 1	Mediana 2	Grande 3												
420	Cabello	Natural 1	Extensión 2	Postizo 3	Peluca 4	Implante capilar 5										
	01 Tipo															
	02 Largo	Corto < 6 cm / 2,4 pulg 1		Media melena < 12 cm / 4,7 pul 2		Largo > 12 cm / 4,7 pulg 3										
	Afeitado 4															
	03 Color del tinte	Ninguno/descon 1		Mechas 2												
		Rubio 3	Marrón 4	Negro 5	Rojizo 6											
		Gris 7	Blanco 8	Gris mixto 9	Otros (precise): 10											
	04 Color natural	Rubio 1	Marrón 2	Negro 3	Rojizo 4											
		Gris 5	Blanco 6	Gris mixto 7	Otros (precise): 8											
	05 Calvicie	Parcial 1	Total 2	Frente 3	Lados 4	Coronilla 5										
	06 Rasgo(s) distintivo(s)	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 de	Epidermis 1 Dermis 2				
488	Técnica de revelado	Lavado e impresión 1 Escaldadura 2 Guante epidérmico 3 Agente de vaciado a base de silicona 4 Otros (precise): 5				
492	Huellas tomadas utilizando	Polvo negro y alizador adhesivo 1 Tinta 2 Escáner digital 3 Fotografía 4 Otros (precise): 5				
496	Procedencia de las huellas	Interdigital Hipotenar Tenar IZQUIERDA Interdigital Tenar Hipotenar DERECHA SOMBREE LAS PARTES DE LAS QUE SE TOMARON LAS HUELLAS				

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 / _____ año <i>Máx.</i> _____ año / _____ año <i>Mín.</i> _____ mes / _____ mes <i>Máx.</i> _____ mes / _____ mes <i>Precise:</i> _____				
545	Muestras de ADN tomada N° de muestra _____ Tipo _____ Tarjeta impregnada con el hiso _____ Estado _____ N° de muestra _____ Tipo _____ Tarjeta impregnada con el hiso _____ Estado _____ 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): Min. _____ año Máx. _____ año Min. _____ mes Máx. _____ mes																
650 Control de calidad	Odontólogo forense 1 Fecha: _____ Nombre: _____ Odontólogo forense 2 (si procede) Fecha: _____ Nombre: _____																

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

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

[(ES) Versión 2023]

12 de 12

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

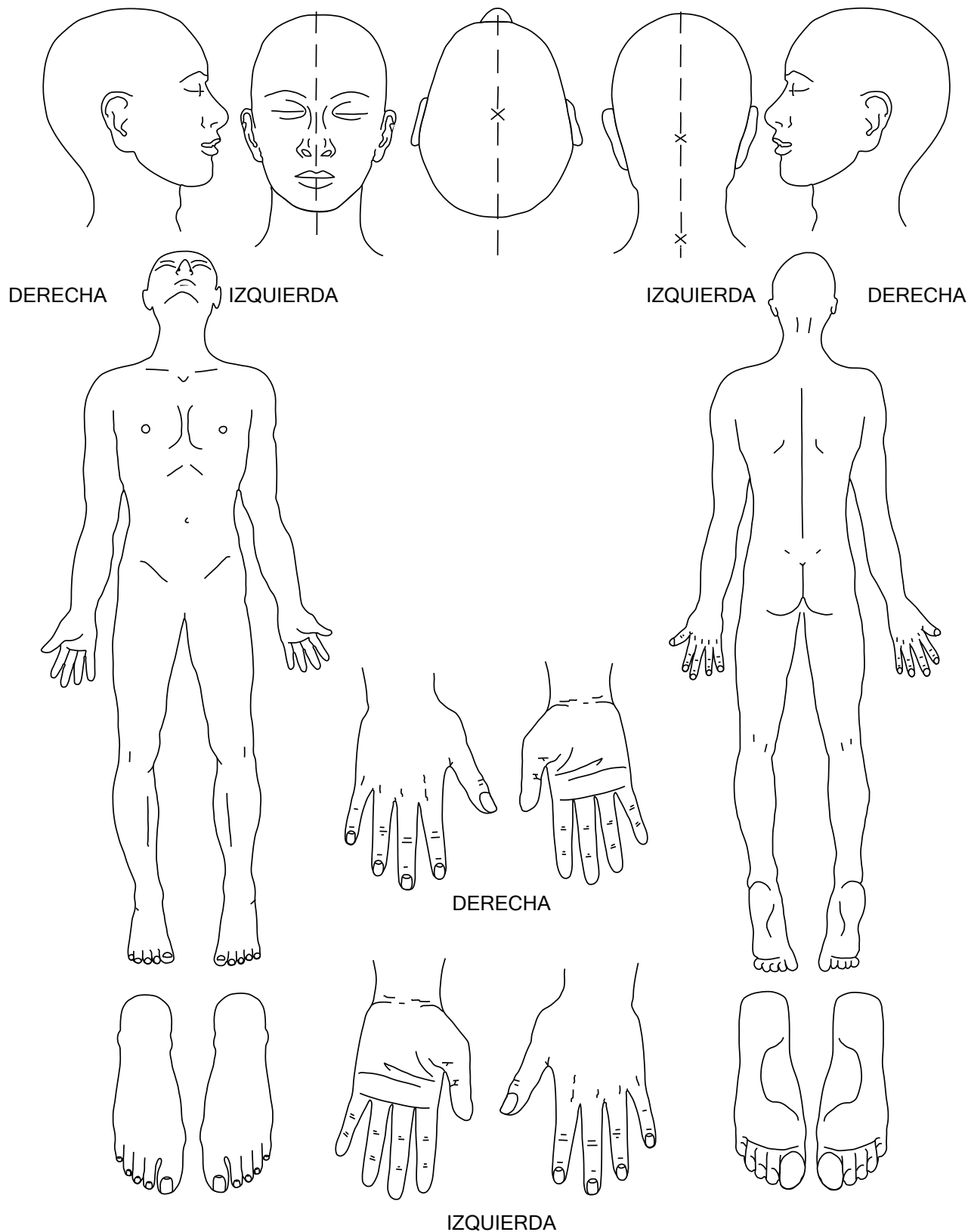
b = Anexo

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

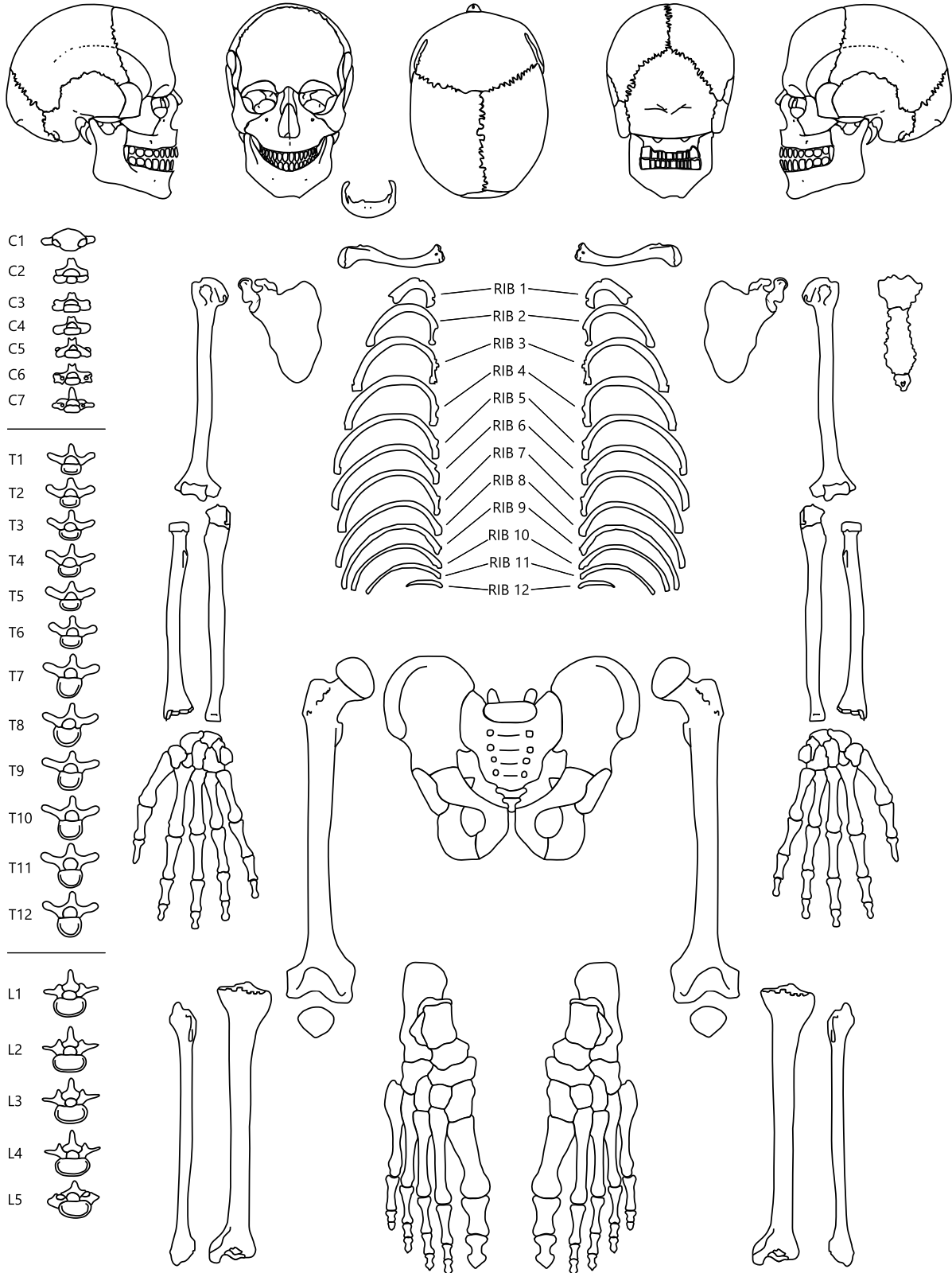
Desconocido

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:	-----		N° PM	-----			
Tipo de catástrofe:	-----		En N° PM	-----			
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 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)	Min. _____		Máx. _____						
878	Estado	Fresco 1	Descompuesto 2	Quemado 3	Mixto 4					
	01 Estado									
	02 Si está quemado, color d	Amarillo/naranja 1	Negro 2	Gris 3	Blanco 4	Mixto 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 1	ADN 2	Detalle de las huell 3	Odontológico 4	Otros 5				
	01 Método(s) de identificaci									
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	Cargo :	Firma y fecha
	Nombre :	
	Dirección :	
	Tel./e-mail :	