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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

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

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

Lugar de la catástrofe: _____ PM Nº: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

EFECTOS PERSONALES		Nº:	1 Tipo/estilo	2 Color predominante	3 Marca	4 Material	5 Talla	a	b	c
300	**Ropa**									
	Cabeza y cuello									
	101 Tocado									
	102 Bufanda									
	103 Corbata									
	199 Otra prendas									
	Parte superior del cuerpo y brazos									
	201 Blusa									
	202 Tirantes									
	203 Sujetador									
	204 Chaqueta									
	205 Abrigo ligero/Chaquetón									
	206 Guantes									
	207 Abrigo									
	208 Jersey									
	209 Camisa									
	210 Camiseta sport									
	211 Camiseta (ropa interior)									
	212 Chaleco									
	299 Otras prendas									
	Parte inferior del cuerpo y piernas									
	301 Cinturón									
	302 Pantalón corto									
	303 Falda									
	304 Calcetines									
	305 Medias									
	306 Traje de baño									
	307 Leotardos									
	308 Pantalones									
	309 Ropa Interior									
	399 Otras prendas									
	Todo el cuerpo									
	401 Body									
	402 Vestido									
	403 Religioso/cultural/ tradicional									
	404 Uniforme									
	499 Otros									
	Si marca "99 otros", describa el tipo de artículo en la columna 1 "Tipo/estilo"									
305	**Calzado**	Nº:	1 Tipo/estilo	2 Color predominante	3 Marca	4 Material	5 Talla			
	01 Botas									
	02 Sandalias/zapatos abiertos									
	03 Zapatos									
	99 Otros									
	Describa el tipo de calzado en la columna "1 Tipo/estilo", p. ej. calzado deportivo o sandalias									

Utilice únicamente estos colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido.

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

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

EFECTOS PERSONALES

			a	b	c
310	**Reloj** 01 Reloj de pulsera digital 02 Reloj de pulsera analógico 03 Reloj de pulsera 04 Reloj inteligente 05 Si reloj de pulsera, llevado en muñeca 06 Correa/cadena de reloj de pulsera 07 Reloj de otro tipo	Nº: 1 *Marca* 2 *Modelo* 3 *Color predominant* 4 *Material* 5 *Inscripciones* *Izqda.* 1 ☐ *Dcha.* 2 ☐ *Exterior* 3 ☐ *Interior* 4 ☐ *De cuero* 1 ☐ *Metálica* 2 ☐ *De goma* 3 ☐ *Otro (precise):* 4 ☐ _____ *Llevado en:* _____			
315	**Gafas** 01 Montura 02 Lentes (de vidrio) 03 Forma de las lentes 04 Material/tipo de las lentes	1 *Marca* 2 *Modelo* 3 *Color predominant* 4 *Material* 5 *Inscripciones* *Fotocromáticas* 1 ☐ *Coloreadas* 2 ☐ *No* 3 ☐ *Sí (especifique):* _____ *Redonda* 1 ☐ *Ovalada* 2 ☐ *Cuadrada* 3 ☐ *Media luna* 4 ☐ *Sin montura* 5 ☐ *Montura completa* 6 ☐ *Vidrio* 1 ☐ *Policarbonato* 2 ☐ *Bifocales* 3 ☐ *Progresivas* 4 ☐			
320	**Lentes de contacto**	*No* 1 ☐ *Sí (indique si son de color)* 2 ☐ _____			
325	**Audífonos** 01 Izquierdo 02 Derecho	*No* 1 ☐ *Sí (especifique):* 2 ☐ _____ *Nº de serie:* _____ *No* 1 ☐ *Sí (especifique):* 2 ☐ _____ *Nº de serie:* _____			
330	**Prótesis externas**	*No* 1 ☐ *Sí (especifique):* 2 ☐ _____ *Nº de serie:* _____			
335	**Joyas** 01 Pulsera de tobillo 02 Pulsera 03 Pendientes de clip 04 Pendientes 05 Cadenas 06 Collares 07 Pendiente de nariz 08 Colgante para cadena 09 Anillo de matrimonio 10 Otros anillos 99 Otras Si marca "99 otros", describa el tipo de artículo en la columna 1 "Tipo/estilo"	Nº: 1 *Tipo/estilo* 2 *Color predominant* 3 *Material* 4 *Inscripciones* 5 *Llevado en*			

Utilice únicamente estos colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido.

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

Firma / fecha

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

EFECTOS PERSONALES

		Nº:	1 *Nacionalidad*	2 *Número*	3 *Detalles*	4 *Biométrico*	5 *Chip*	a	b	c
340	**Documentos de identidad** 01 Tarjetas bancarias 02 Permiso de conducir 03 Documento de identidad 04 Pasaporte 99 Otros Si marca "99 Otros", describa el tipo de documento en la columna "3 Detalles".									

		Nº:	1 *Marca*	2 *Modelo*	3 *Color predominant*	4 *Material*	5 *Nº de serie*	6 *Inscripciones*	a	b	c
345	**Pertenencias** 01 Tarjetas inteligentes/ llaves 02 Riñonera 03 Dinero 04 Diario/agenda 05 Monedero 06 Entrada 07 Cartera 99 Otras Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".										

		Nº:	1 *Marca*	2 *Modelo*	3 *Color predominant*	4 *Material*	5 *Nº de serie*	6 *Inscripciones*	a	b	c
350	**Aparatos electrónicos** 01 Cámara de fotos 02 Teléfono móvil 03 Reproductor de música 04 Tarjeta SIM 05 Tableta/dispositivo portátil 06 Videocámara 99 Otros Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".										

Utilice únicamente estos colores: negro, azul, marrón, verde, gris, naranja, rosa, morado, rojo, blanco, amarillo, desconocido.

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

Firma / fecha

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL CADÁVER (apariencia)

			a	b	c
402	Estado del cadáver	*Íntegro* 1 ☐ *Incompleto* 2 ☐			
404	Señas particulares	Nº: 1 *Cicatrices* / 2 *Piercings* / 3 *Tatuajes*			
	Cabeza y cuello 01 Cabeza 02 Cuello **Torso** 03 Parte anterior del torso 04 Parte posterior del torso 05 Genitales 06 Nalgas **Miembros superiores** 07 Parte sup brazo dcho. 08 Parte sup brazo izqdo. 09 Antebrazo dcho. 10 Antebrazo izqdo. 11 Mano derecha 12 Mano izquierda **Miembros inferiores** 13 Muslo derecho 14 Muslo izquierdo 15 Rodilla derecha 16 Rodilla izquierda 17 Parte inferior pierna dcha. 18 Parte inferior pierna izqda. 19 Pie derecho 20 Pie izquierdo					
		Nº: 4 *Marcas* / 5 *Malformaciones* / 6 *Amputaciones*			
408	Talla	*Mín* _____ *cm* / *Máx* _____ *cm* | *Mín* _____ *pies* _____ *pulg* / *Máx* _____ *pies* _____ *pulg*			
412	Peso	*Mín* _____ *kg* / *Máx* _____ *kg* | *Mín* _____ *libr* / *Máx* _____ *libr*			
416	Complexión	*Delgada* 1 ☐ *Media* 2 ☐ *Corpulenta* 3 ☐			
420	Cabello				
	01 Tipo	*Natural* 1 ☐ *Extensiones* 2 ☐ *Postizo* 3 ☐ *Peluca* 4 ☐ *Implantes* 5 ☐			
	02 Longitud	*Corto < 6 cm / 2,4 pulg* 1 ☐ *Media < 12 cm / 4,7 pulg* 2 ☐ *Largo >12 cm / 4,7 pulg* 3 ☐ *Rapado* 4 ☐			
	03 Color del tinte	*Ninguno/desconocido* 1 ☐ *Mechas* 2 ☐ *Rubio* 3 ☐ *Castaño* 4 ☐ *Negro* 5 ☐ *Pelirrojo* 6 ☐ *Gris* 7 ☐ *Blanco* 8 ☐ *Entrecano* 9 ☐ *Otros (precise):* 10 ☐ _____			
	04 Color natural	*Rubio* 1 ☐ *Castaño* 2 ☐ *Negro* 3 ☐ *Pelirrojo* 4 ☐ *Gris* 5 ☐ *Blanco* 6 ☐ *Entrecano* 7 ☐ *Otro (precise):* 8 ☐ _____			
	05 Calvicie	*Parcial* 1 ☐ *Total* 2 ☐ *Frontal* 3 ☐ *Lateral* 4 ☐ *Coronilla* 5 ☐			
	06 Rasgo(s) distintivo(s)	*Describa (y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* _____			

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

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

DESCRIPCIÓN FÍSICA (apariencia)			a	b	c
424	**Cejas** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
428	**Ojos** 01 Color (Izqdo. y dcho.) 02 Rasgo(s) distintivo(s)	*Azul* 1 ☐ ☐ (I D) *Gris* 2 ☐ ☐ (I D) *Verde* 3 ☐ ☐ (I D) *Castaño* 4 ☐ ☐ (I D) *Negro* 5 ☐ ☐ (I D) *Avellana* 6 ☐ ☐ (I D) *Rojo oscuro* 7 ☐ ☐ (I D) *Rosa* 8 ☐ ☐ (I D) *Estrab. converge* 1 ☐ ☐ (I D) *Estrab. divergent* 2 ☐ ☐ (I D) *Ojo artificial* 3 ☐ ☐ (I D) *Otro (precise):* 4 ☐ _____			
432	**Nariz** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
436	**Vello facial** 01 Tipo 02 Color	*Afeitado* 1 ☐ *Bigote* 2 ☐ *Perilla* 3 ☐ *Patillas* 4 ☐ *Barba y bigote* 5 ☐ *Otros (especifique en pág. 700)* 6 ☐ *Rubio* 1 ☐ *Castaño* 2 ☐ *Negro* 3 ☐ *Pelirrojo* 4 ☐ *Gris* 5 ☐ *Blanco* 6 ☐ *Entrecano* 7 ☐ *Otro (precise):* 8 ☐ _____			
440	**Orejas** 01 Lóbulos/con agujeros 02 Rasgo(s) distintivo(s)	*Pegado* 1 ☐ *No* 2 ☐ *Sí* *Con agujeros - especifique núm. de agujeros* 3 ☐ *Izdo.* _____ 4 ☐ *Dcho.* _____ *No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
444	**Boca/dientes** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
448	**Labios** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
452	**Mentón** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
456	**Cuello** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
460	**Manos/uñas** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
464	**Pies/uñas** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
468	**Vello corporal/púbico** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
472	**Circuncisión**	*No* 1 ☐ *Sí* 2 ☐			
476	**Ascendencia**	*Europea* 1 ☐ *Blanca* *Africana* 2 ☐ *Negra* *Asiática* 3 ☐ *Otros* 4 ☐ _____ *Mixta (precise):* 5 ☐ _____			

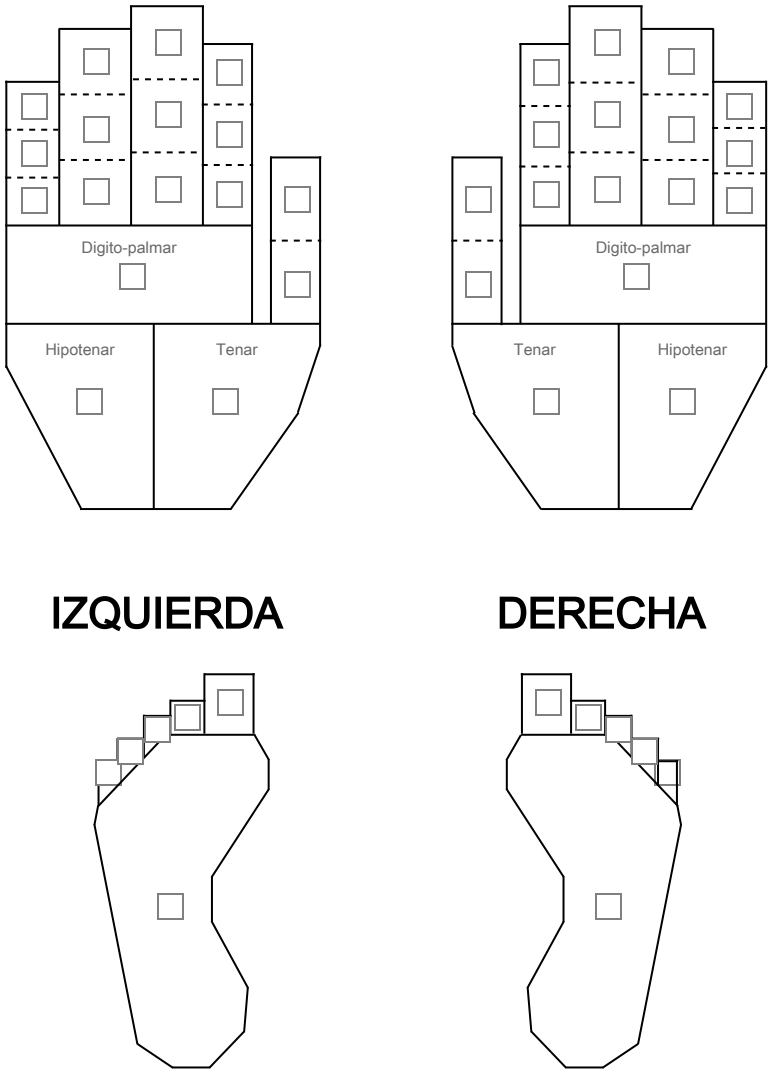
Recogidos por		*Firma / fecha*
	Cargo :	
	Nombre :	
	Dirección :	
	Tel. / e-mail :	

Lugar de la catástrofe: _____ PM Nº: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL CADÁVER (datos dactiloscópicos)			a	b	c
484	Huellas tomadas a partir de	*Epidermis* 1 ☐ *Dermis* 2 ☐			
488	Técnica utilizada para tomar huellas dactilares	*Limpieza e impresión* 1 ☐ *Escaldadura* 2 ☐ *Guante epidérmico* 3 ☐ *Agente de vaciado a base de silicona* 4 ☐ *Otro (precise):* 5 ☐ _____			
492	Técnica de revelado de huellas dactilares	*Polvo negro y etiqueta adhesiva* 1 ☐ *Tinta* 2 ☐ *Escáner digital* 3 ☐ *Fotografía* 4 ☐ *Otro (precise):* 5 ☐ _____			
496	Procedencia de las huellas	 SOMBREE LAS PARTES DE LAS QUE SE TOMARON LAS HUELLAS			

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

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

PATOLOGÍA

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

515	**Implantes**	Nº: 1	*Especifique*	2	*Nº de serie*		
	01 Mamarios						
	02 Marcapasos						
	03 Bomba de insulina						
	04 Otros implantes quirúrgicos						

Recogidos por

Cargo :

Nombre :

Dirección :

Tel. / e-mail :

Firma / fecha

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

PATOLOGÍA			a	b	c
520	**Prótesis**	*No* 1 ☐ *Sí (especifique):* 2 ☐ _____ *Nº de serie:* _____			
525	**Otras piezas artificiales**	*No* 1 ☐ *Sí (especifique):* 2 ☐ _____			
535	**Sexo**	*Hombre* 1 ☐ *Mujer* 2 ☐ *No determinable* 3 ☐ *Motivo:*			
540	**Edad estimada** 01 Edad (En años o en meses) 02 Método utilizado	*Mín* _____ *año* / *Máx* _____ *año* | *Mín* _____ *mes* / *Máx* _____ *mes* *Precise:* _____			
545	**Muestras de ADN tomadas**				
	Número de muestras	_____			
	Tipo	*Hueso* 1 ☐ *Dentadura* 2 ☐ *Músculo* 3 ☐ *Sangre* 4 ☐ *Otro (precise):* 5 ☐ _____ Tarjeta con muestras de: *Células bucales* 6 ☐ *Sangre* 7 ☐ *Tejido* 8 ☐			
	Estado	*Fresca* 1 ☐ *Ligeramente descompuesta* 2 ☐ *Moderadamente descompuesta* 3 ☐ *Muy descompuesta* 4 ☐ *Esqueletizada* 5 ☐ *Quemada* 6 ☐			
	Número de muestras	_____			
	Tipo	*Hueso* 1 ☐ *Dentadura* 2 ☐ *Músculo* 3 ☐ *Sangre* 4 ☐ *Otro (precise):* 5 ☐ _____ Tarjeta con muestras de: *Células bucales* 6 ☐ *Sangre* 7 ☐ *Tejido* 8 ☐			
	Estado	*Fresca* 1 ☐ *Ligeramente descompuesta* 2 ☐ *Moderadamente descompuesta* 3 ☐ *Muy descompuesta* 4 ☐ *Esqueletizada* 5 ☐ *Quemada* 6 ☐			
	Número de muestras	_____			
	Tipo	*Hueso* 1 ☐ *Dentadura* 2 ☐ *Músculo* 3 ☐ *Sangre* 4 ☐ *Otro (precise):* 5 ☐ _____ Tarjeta con muestras de: *Células bucales* 6 ☐ *Sangre* 7 ☐ *Tejido* 8 ☐			
	Estado	*Fresca* 1 ☐ *Ligeramente descompuesta* 2 ☐ *Moderadamente descompuesta* 3 ☐ *Muy descompuesta* 4 ☐ *Esqueletizada* 5 ☐ *Quemada* 6 ☐			
	Número de muestras	_____			
	Tipo	*Hueso* 1 ☐ *Dentadura* 2 ☐ *Músculo* 3 ☐ *Sangre* 4 ☐ *Otro (precise):* 5 ☐ _____ Tarjeta con muestras de: *Células bucales* 6 ☐ *Sangre* 7 ☐ *Tejido* 8 ☐			
	Estado	*Fresca* 1 ☐ *Ligeramente descompuesta* 2 ☐ *Moderadamente descompuesta* 3 ☐ *Muy descompuesta* 4 ☐ *Esqueletizada* 5 ☐ *Quemada* 6 ☐			
550	**Info. complementaria sobre identificación**				

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

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

DATOS ODONTOLÓGICOS								a	b	c
610	**Material disponible para examen**	*Comprobar*				*Muestra que se toma*				
	01 Mandíbulas con dientes	☐ *Superior*	☐ *Inferior*							
	02 Mandíbulas sin dientes	☐ *Superior*	☐ *Inferior*							
	03 Diente(s) suelto(s)	*Códigos FDI:*								
	04 Fragmentos									
	05 Otros									
615	**Imágenes dentales disponibles**	1 *Digitales*	2 *Núm. de imágenes*			3 *No digitales*	4 *Núm. de imágenes*			
	01 Periapical	☐				☐				
	02 Interproximal	☐				☐				
	03 Ortopantomograma	☐				☐				
	04 Tomografía computarizada	☐				☐				
	05 Otras radiografías	☐				☐				
	06 Fotografías	☐				☐				
625	**Datos complementarios**									
	01 Estado del cuerpo									
	03 Otros datos									

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

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

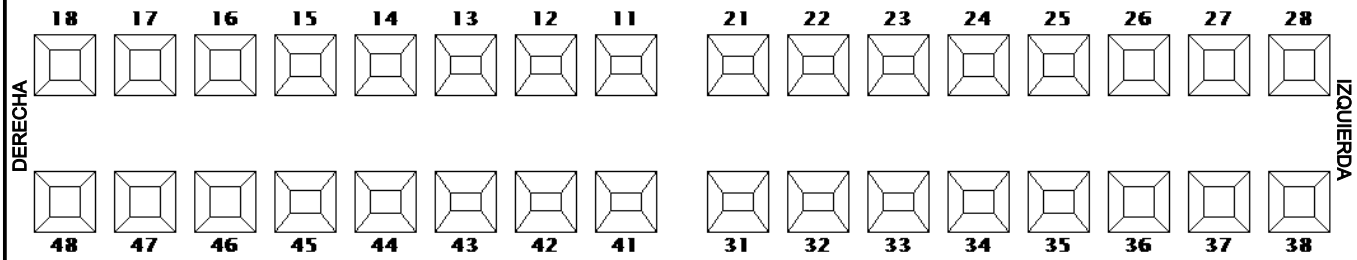
Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

DATOS ODONTOLÓGICOS

630	Estado de la dentadura (para dientes de leche, indíquese el código específico de la FDI)		
11			21
12			22
13			23
14			24
15			25
16			26
17			27
18			28



48			38
47			37
46			36
45			35
44			34
43			33
42			32
41			31

			a	b	c
635	**Datos particulares** 01 Especifique	1 ☐ *Coronas* 2 ☐ *Puentes* 3 ☐ *Implantes* 4 ☐ *Dientes postizos* 5 ☐ *Otros*			
640	**Otros datos** 01 Especifique	1 ☐ *Oclusión* 2 ☐ *Erosión dental* 3 ☐ *Estado periodontal* 4 ☐ *Supernumerarios* 5 ☐ *Manchas* 6 ☐ *Otros*			
645	**Tipo de dentición** 01 Dentición	1 ☐ *Dentición primaria* 2 ☐ *Dentición mixta* 3 ☐ *Dentición permanente*			
647	**Edad estimada** 01 Edad (En años o en meses)	*Mín* _____ *año* / *Máx* _____ *año* | *Mín* _____ *mes* / *Máx* _____ *mes*			
650	**Control de calidad** 1er odontólogo forense 2º odontólogo forense (en su caso)	*Fecha:* *Firma:* *Nombre 1er odontólogo forense:* *Fecha:* *Firma:* *Nombre 2º odontólogo forense:*			

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

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

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

700	1 *Campo nº*	2 *Descripción*

705	*Página suplementaria para información adicional (700)* 1 ☐ *No* 2 ☐ *Sí*

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

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

700	1 *Campo nº*	2 *Descripción*

705	*Página suplementaria para información adicional (700)* 1 ☐ *No* 2 ☐ *Sí*

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

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

700	1 *Campo nº*	2 *Descripción*

705	*Página suplementaria para información adicional (700)* 1 ☐ *No* 2 ☐ *Sí*

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

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

700	1 *Campo nº*	2 *Descripción*

705	*Página suplementaria para información adicional (700)* 1 ☐ *No* 2 ☐ *Sí*

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

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

805 ANEXO ADN				a	b	c
810	Laboratorio de análisis	*Nombre:* _____ *E-mail:* _____ *Dirección:* _____ *Ciudad:* _____ *Fecha de la muestra:* _____				
815	Normas del laboratorio	*Acreditadas por:* _____ *No acreditado* 1 ☐				
820	Kit(s) STR utilizados	*Nombre(s) de kit(s) utilizado(s):* _____				
825	ADN	Restos humanos	Restos humanos			
	VWA					
	TH01					
	D21S11					
	FGA					
	D8S1179					
	D3S1358					
	D18S51					
	Amelogenina					
	TPOX					
	CSF1PO					
	D13S317					
	D7S820					
	D5S818					
	D16S539					
	D2S1338					
	D19S433					
	Penta D					
	Penta E					
	D1S1656					
	D2S441					
	D10S1248					
	D22S1045					
	D12S391					
	SE33					
	D6S1043					
	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 (805-825)* 1 ☐ *No* 2 ☐ *Sí*				

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

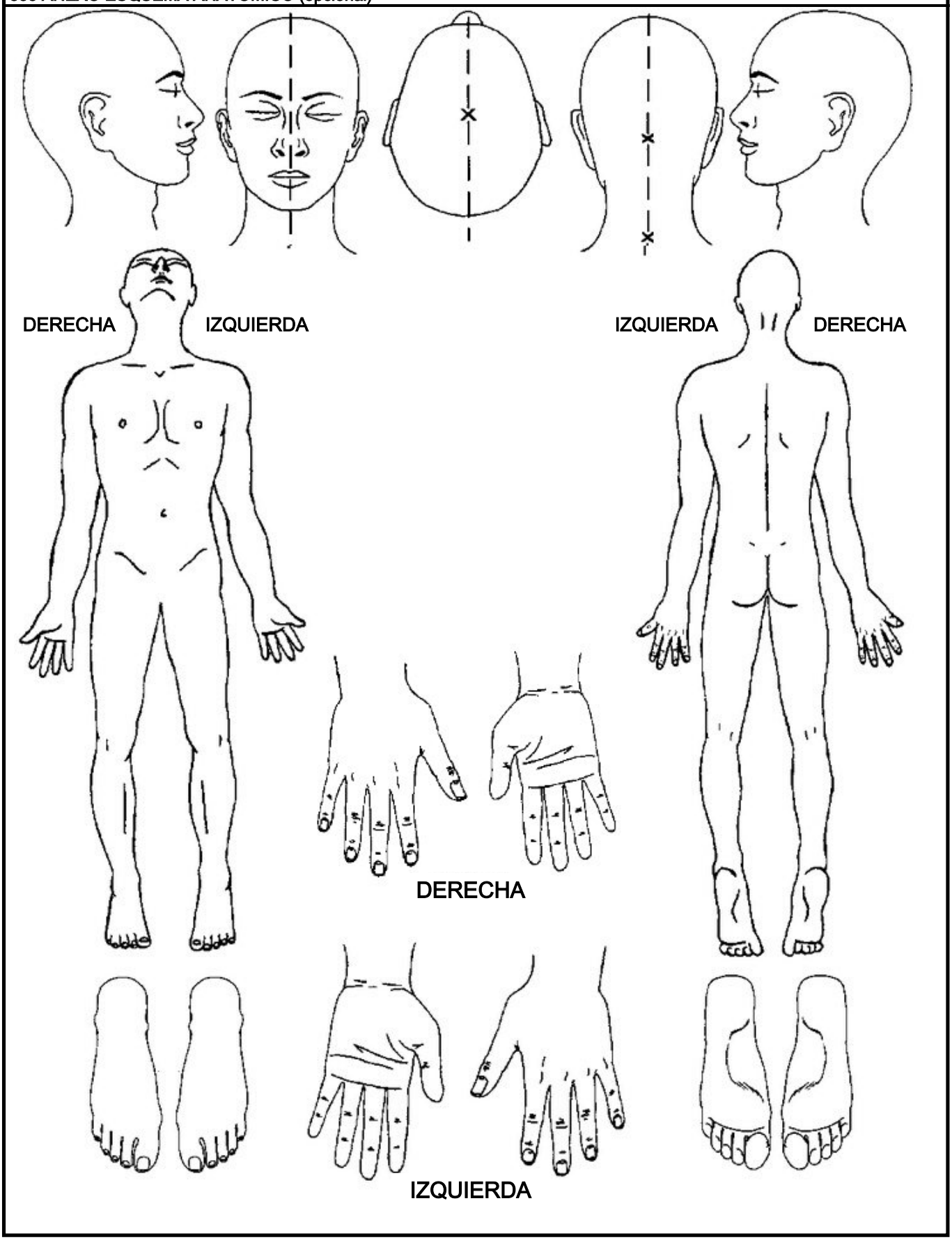
Lugar de la catástrofe: _____ **PM Nº:** _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)



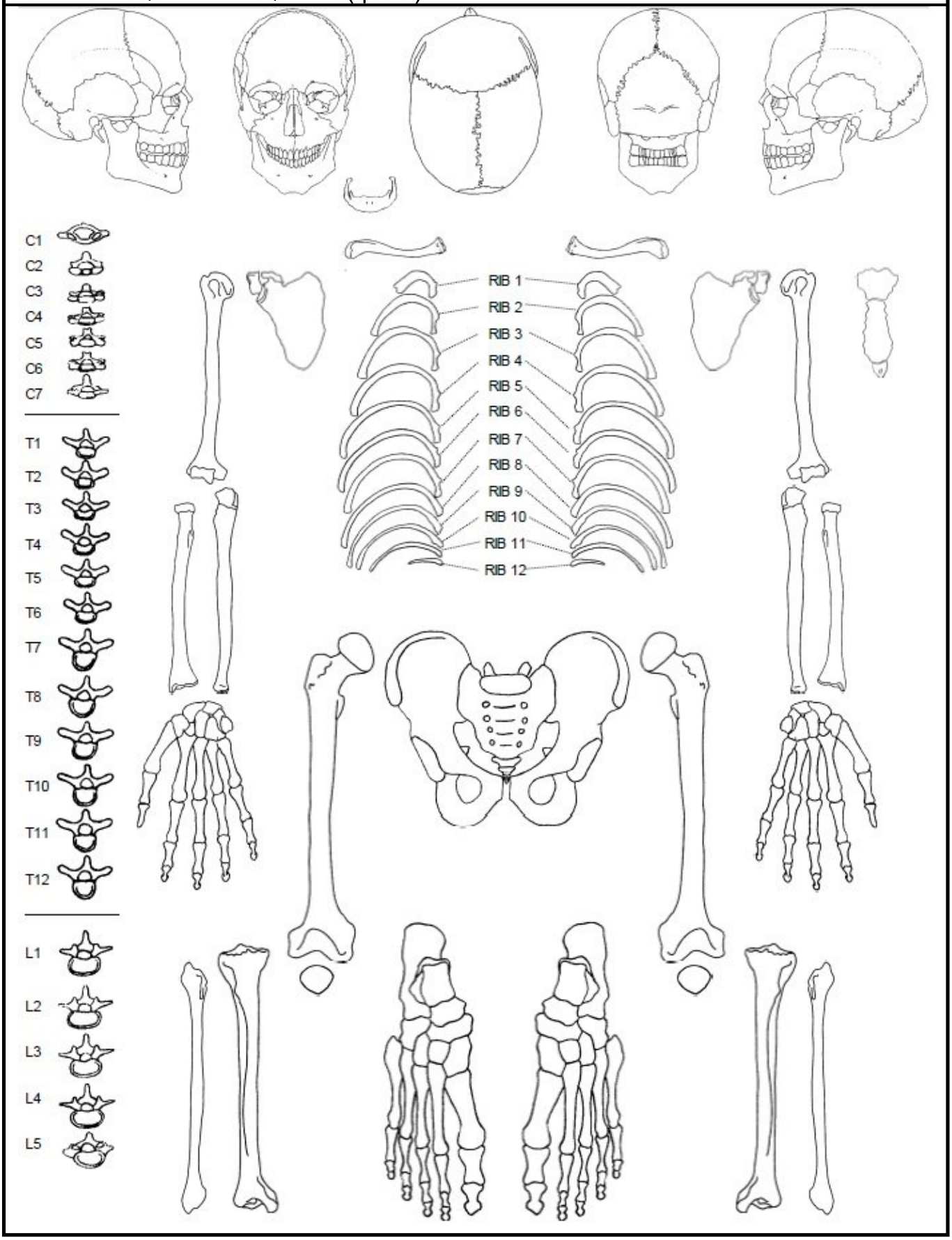
Lugar de la catástrofe: _____ **PM Nº:** _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

840 ANEXO - ESQUEMA DEL ESQUELETO (opcional)



Lugar de la catástrofe: _____ PM Nº: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

850 ANEXO EXAMEN RADIOLÓGICO			a	b	c
852	Modalidad	Rayos X 1 ☐ Tomografía computarizada 2 ☐ Fluoroscopia 3 ☐ Otro (precise) 4 ☐ _____			
854	Aspectos técnicos	No 1 ☐ Sí (especifique): 2 ☐ _____			
856	Tipo de restos	Humano 1 ☐ No humano 2 ☐ Mixto 3 ☐ Incierto 4 ☐			
858	Estado de los restos	Intacto 1 ☐ Incompleto 2 ☐ Partes del cuerpo independientes (especifique): 3 ☐ _____			
860	Enfermedades	No 1 ☐ Sí (especifique a continu 2 ☐			
862	Tratamiento dental	No 1 ☐ Sí (especifique a continu 2 ☐			
864	Implantes	No 1 ☐ Sí (especifique a continu 2 ☐			
866	Hallazgos forenses significativos	No 1 ☐ Sí (especifique a continu 2 ☐			
868	Peligros	No 1 ☐ Sí (especifique a continu 2 ☐			
870	Datos complementarios				
872	Imágenes anexas	No 1 ☐ Sí (especifique) 2 ☐ _____			

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