

Apellidos:

AM n°:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Día                  | Mes                  | Año                  | Edad                 | 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"/> | <input type="text"/> |

Lugar de la catástrofe:

Tipo de catástrofe:

Fecha de la catástrofe:

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Día                  | Mes                  | Año                  |
| <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 ADMINISTRATIVOS                      |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 | a                    | b | c |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|---|---|
| 100                                        | <b>Organismo responsable</b><br><br>Calle / n°<br>Código postal/localidad<br>Estado/país<br>Tel./e-mail                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         | OCN DE INTERPOL:<br><br>Expediente policial n°: |                      |   |   |
| 105                                        | <b>Datos facilitados por</b><br><br>Nombre<br>Calle / n°<br>Código postal/localidad<br>Estado/país<br>Tel./e-mail<br><b>Parentesco</b>                                  | Fecha: _____                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 |                      |   |   |
| 110                                        | <b>Punto de contacto</b><br><br>Nombre<br>Calle / n°<br>Código postal/localidad<br>Estado/país<br>Tel./e-mail<br><b>Parentesco</b>                                      | 1 <input type="checkbox"/> véase 105                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 |                      |   |   |
| 120                                        | <b>Reseñado dactilarmente</b><br><br>01 Fuente                                                                                                                          | 1 <input type="checkbox"/> No    2 <input type="checkbox"/> Sí    Dónde: _____<br>Precise: _____ Fecha: _____                                                                                                                                                           |                                                 |                      |   |   |
| 125                                        | <b>Si no, indique si pueden obtenerse</b><br><br>01 en el lugar de residencia/otros lugares<br><br>02 por identificación biométrica<br><br>Véase también la casilla 480 | 1 <input type="checkbox"/> No    2 <input type="checkbox"/> Sí    Dónde: _____<br><br>1 <input type="checkbox"/> No    2 <input type="checkbox"/> Sí    Dónde: _____<br><br>Precise las fuentes de las huellas de eliminación en la pág. de información adicional (700) |                                                 |                      |   |   |
| <b>LISTA DE VERIFICACIÓN DEL CONTENIDO</b> |                                                                                                                                                                         | <i>Se adjunta completa</i>                                                                                                                                                                                                                                              | <i>No disponible</i>                            | <i>Observaciones</i> |   |   |
| Datos administrativos (campos 1xx)         |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                      |   |   |
| Datos nominales (campos 2xx)               |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                      |   |   |
| Efectos personales (campos 3xx)            |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                      |   |   |
| Descripción del cadáver (campos 4xx)       |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                      |   |   |
| Patologías (campos 5xx)                    |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                      |   |   |
| Datos odontológicos (campos 6xx)           |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                      |   |   |
| Información adicional (campos 7xx)         |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                      |   |   |
| Anexo (campos 8xx) (opcional)              |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                      |   |   |

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Apellidos:</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>AM n°:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres:</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Día</span><span>Mes</span><span>Año</span><span>Edad</span><span>Hombre</span><span>Mujer</span><span>Otros</span><span>Desconocido</span> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Fecha de nacimiento:</b>                                                                                                                                                                                                           | <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)

| DATOS NOMINALES |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | a | b | c |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 200             | Apellidos de nacimiento                                                                                                                                   | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>Apellido de soltera de la madre:</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |
| 205             | Apodos                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |
| 210             | <b>Alias</b><br>01 Alias<br>Nombre<br><br>Fecha de nacimiento<br><br>Lugar de nacimiento                                                                  | Nombre(s):<br><br>Apellidos:<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span><input type="text"/> <input type="text"/> Día</span> <span><input type="text"/> <input type="text"/> Mes</span> <span><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Lugar:</span> <span>País:</span> </div>                                                                                                                                                                            |   |   |   |
| 215             | Nacionalidad                                                                                                                                              | País:<br><br>Varias nacionalidades:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |
| 220             | Lugar de nacimiento                                                                                                                                       | Lugar:<br><br>País:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |
| 225             | <b>N° del documento nacional de identidad</b><br>Número<br><br>País de expedición                                                                         | <br><br><div style="display: flex; align-items: center; font-size: small;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <span>Indíquese el código ISO 3166-1 alfa-3 (p. ej. AUS para Australia)</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| 230             | Estado civil                                                                                                                                              | <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Soltero/a - 1 <input type="checkbox"/></span> <span>Sí no, / Nombres / Apellidos de la pareja:</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Prometido/a (fecha) 2 <input type="checkbox"/></span> <span>Cohabitación 3 <input type="checkbox"/></span> <span>Casado/a (fecha) 4 <input type="checkbox"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Divorciado/a 5 <input type="checkbox"/></span> <span>Viudo/a 6 <input type="checkbox"/></span> </div> |   |   |   |
| 235             | Ocupación                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |
| 238             | <b>Domicilio</b><br><br>Calle / n°<br>Código postal/localidad<br>Estado/país                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |
| 240             | <b>Dirección actual (p. ej., hotel)</b><br><br>Calle / n°<br>Código postal/localidad<br>Estado/país                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |
| 241             | Número(s) de teléfono móvil                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |
| 243             | <b>Presencia en internet</b><br><br>01 Direcciones electrónicas<br><br>02 Medios sociales<br><br>Información sobre plataforma, nombre de perfil, cuentas. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |
| 245             | Religión                                                                                                                                                  | No 1 <input type="checkbox"/> Sí (precise): 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Datos recopilados por</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Cargo :</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Nombre :</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Dirección :</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Tel./e-mail :</span> <span></span> </div> | <b>Firma y fecha</b><br><div style="height: 50px;"></div> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

Apellidos:

AM n°:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

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

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

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

Apellidos:

AM n°:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Día                  | Mes                  | Año                  | Edad                 | 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"/> | <input type="text"/> |

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:                                                                                                                                                                                                                  |                                         |   |                 |   |                 |   |             |   |                  |  |  |  |
| 315                                                                                         | Gafas/anteojos                | 1                                                                                                                                                                                                                                  | Marca                                   | 2 | Modelo          | 3 | Color principal | 4 | Material    | 5 | Inscripción      |  |  |  |
|                                                                                             | 01 Montura                    |                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |   |                 |   |                 |   |             |   |                  |  |  |  |
|                                                                                             | 02 Lentes (vidrio)            | Fotocromáticas Coloreadas<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Sí (precise):                                                                                                     |                                         |   |                 |   |                 |   |             |   |                  |  |  |  |
|                                                                                             | 03 Forma de las lentes        | Redonda Ovalada Cuadrada Media luna Sin montura Montura compl<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |                                         |   |                 |   |                 |   |             |   |                  |  |  |  |
|                                                                                             | 04 Material/tipo de lentes    | Vidrio Policarbonato Bifocales Progresivas<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>                                                                          |                                         |   |                 |   |                 |   |             |   |                  |  |  |  |
| 320                                                                                         | Lentes de contacto            | No                                                                                                                                                                                                                                 | Sí (indique si son de color)            |   |                 |   |                 |   |             |   |                  |  |  |  |
| 325                                                                                         | Audífonos                     | No                                                                                                                                                                                                                                 | Sí (precise):                           |   |                 |   |                 |   |             |   |                  |  |  |  |
|                                                                                             | 01 Izquierda                  | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                         | 2 <input type="checkbox"/> N° de serie: |   |                 |   |                 |   |             |   |                  |  |  |  |
| 330                                                                                         | Prótesis externas             | No                                                                                                                                                                                                                                 | Sí (precise):                           |   |                 |   |                 |   |             |   |                  |  |  |  |
|                                                                                             | 02 Derecha                    | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                         | 2 <input type="checkbox"/> 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

Datos

recopilados por

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

Firma y fecha

Apellidos:

AM n°:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Día                  | Mes                  | Año                  | Edad                 | 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"/> | <input type="text"/> |

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                                                                                         | <b>Documentos de identidad</b><br><br>01 Tarjetas bancarias<br>02 Permiso de conducir<br>03 Documento de identidad<br>04 Pasaporte<br>99 Otros<br><br>Si marca "99 Otros", describa el tipo de artículo en la columna "3 Datos"                                                                                 | N°: | 1 | Nacionalidad | 2 | Número | 3 | Datos           | 4 | Datos biométricos | 5 | Chip        |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
| 345                                                                                         | <b>Pertenencias</b><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>Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".                                                       | N°: | 1 | Marca        | 2 | Modelo | 3 | Color principal | 4 | Material          | 5 | N° de serie | 6 | Marcas |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
| 350                                                                                         | <b>Dispositivos electrónicos</b><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 almacenamiento<br>99 Otros<br><br>Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo". | N°: | 1 | Marca        | 2 | Modelo | 3 | Color principal | 4 | Material          | 5 | N° de serie | 6 | Marcas |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |   |              |   |        |   |                 |   |                   |   |             |   |        |  |  |  |

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

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

Apellidos:

AM n°:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

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

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

DESCRIPCIÓN FÍSICA (apariencia)

|                                          |  | N°                                                                             | 1                          | 2                              | 3                           | 4                          | 5  | 6      | a    | b  | c |
|------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----|--------|------|----|---|
| <b>404 Rasgos distintivos</b>            |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| <b>Cabeza y cuello</b>                   |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| 01 Cabeza                                |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| 02 Cuello                                |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| <b>Tronco</b>                            |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| 11 Parte delantera del tronco            |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| 12 Espalda                               |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| 13 Genitales                             |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| 14 Nalgas                                |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| <b>Extremidades izquierdas</b>           |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| 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                         |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| <b>Extremidades derechas</b>             |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| 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                           |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| <b>408 Altura</b>                        |  | Min.                                                                           | Máx.                       |                                | Min.                        | Máx.                       |    |        |      |    |   |
|                                          |  |                                                                                | cm                         | /                              | cm                          | pies                       | in | /      | pies | in |   |
| <b>412 Peso</b>                          |  | Min.                                                                           | Máx.                       |                                | Min.                        | Máx.                       |    |        |      |    |   |
|                                          |  |                                                                                | kg                         | /                              | kg                          | libras                     | /  | libras |      |    |   |
| <b>416 Complexión</b>                    |  | Ligera                                                                         | Mediana                    | Grande                         |                             |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | 1 <input type="checkbox"/>                                                     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/>     |                             |                            |    |        |      |    |   |
| <b>420 Cabello</b>                       |  | Natural                                                                        | Extensión                  | Postizo                        | Peluca                      | Implante capilar           |    |        |      |    |   |
| 01 Tipo                                  |  | 1 <input type="checkbox"/>                                                     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/> |    |        |      |    |   |
| 02 Largo                                 |  | Corto < 6 cm / 2,4 pulg                                                        |                            | Media melena < 12 cm / 4,7 pul |                             | Largo > 12 cm / 4,7 pulg   |    |        |      |    |   |
|                                          |  | 1 <input type="checkbox"/>                                                     | 2 <input type="checkbox"/> |                                | 3 <input type="checkbox"/>  |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | Afeitado                                                                       |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | 4 <input type="checkbox"/>                                                     |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
| 03 Color del tinte                       |  | Ninguno/descon                                                                 | Mechas                     |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | 1 <input type="checkbox"/>                                                     | 2 <input type="checkbox"/> |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | Rubio                                                                          | Marrón                     | Negro                          | Rojizo                      |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | 3 <input type="checkbox"/>                                                     | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/>     | 6 <input type="checkbox"/>  |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | Gris                                                                           | Blanco                     | Gris mixto                     | Otros (precise):            |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | 7 <input type="checkbox"/>                                                     | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/>     | 10 <input type="checkbox"/> |                            |    |        |      |    |   |
| 04 Color natural                         |  | Rubio                                                                          | Marrón                     | Negro                          | Rojizo                      |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | 1 <input type="checkbox"/>                                                     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>  |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | Gris                                                                           | Blanco                     | Gris mixto                     | Otros (precise):            |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  | 5 <input type="checkbox"/>                                                     | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/>     | 8 <input type="checkbox"/>  |                            |    |        |      |    |   |
| 05 Calvicie                              |  | Parcial                                                                        | Total                      | Frente                         | Lados                       | Coronilla                  |    |        |      |    |   |
|                                          |  | 1 <input type="checkbox"/>                                                     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/>     | 4 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/> |    |        |      |    |   |
| 06 Rasgo(s) distintivo(s)                |  | Describe (y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |
|                                          |  |                                                                                |                            |                                |                             |                            |    |        |      |    |   |

Datos

recopilados por

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

Firma y fecha

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Apellidos:</b> _____     | <b>AM n°:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres:</b> _____       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Fecha de nacimiento:</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>Edad</b><br/> <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> |

a = No se dispone de datos

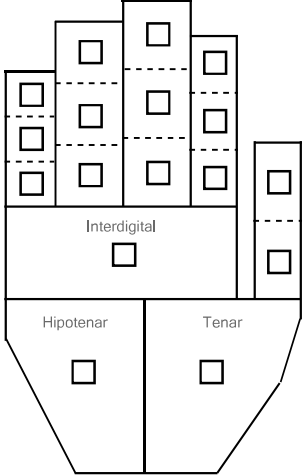
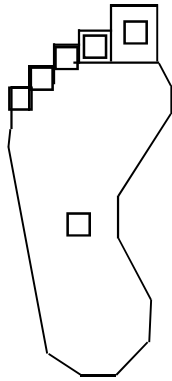
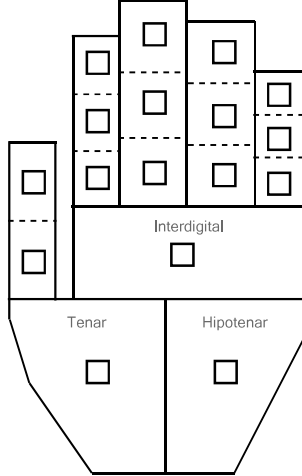
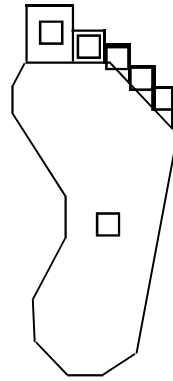
b = Anexo

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

| DESCRIPCIÓN FÍSICA (apariciencia) |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | a | b | c |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| <b>424</b>                        | <b>Cejas</b><br>01 Rasgo(s) distintivo(s)                             | <i>No</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para</i><br>2 <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |
| <b>428</b>                        | <b>Ojos</b><br>01 Color (Izqdo. y dcho.)<br>02 Rasgo(s) distintivo(s) | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <i>Azul</i><br/>1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Gris</i><br/>2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Verde</i><br/>3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Marrón</i><br/>4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Negro</i><br/>5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Avellana</i><br/>6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Rojizo oscuro</i><br/>7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Rojizo claro</i><br/>8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Estrab. convergent</i><br/>1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Estrab. divergente</i><br/>2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Ojo artificial</i><br/>3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/>L R </div> <div style="width: 50%;"> <i>Otros (precise):</i><br/>4 <input type="checkbox"/> _____ </div> </div> |   |   |   |
| <b>432</b>                        | <b>Nariz</b><br>01 Rasgo(s) distintivo(s)                             | <i>No</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i><br>2 <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| <b>436</b>                        | <b>Vello facial</b><br>01 Tipo<br>02 Color                            | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <i>Afeitado</i><br/>1 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Bigote</i><br/>2 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Perilla</i><br/>3 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Patillas</i><br/>4 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Barba</i><br/>5 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Otros (precise)</i><br/>6 <input type="checkbox"/> pág. 700) </div> <div style="width: 50%;"> <i>Rubio</i><br/>1 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Castaño</i><br/>2 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Negro</i><br/>3 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Rojo</i><br/>4 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Gris</i><br/>5 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Blanco</i><br/>6 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Gris mixto</i><br/>7 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Otros (precise):</i><br/>8 <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| <b>440</b>                        | <b>Orejas</b><br>01 Lóbulos/con agujeros<br>02 Rasgo(s) distintivo(s) | <i>Adjunto</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>No</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>3 <input type="checkbox"/> <i>Izquierda</i></div> <div>4 <input type="checkbox"/> <i>Derecha</i></div> </div> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i><br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| <b>444</b>                        | <b>Boca/dientes</b><br>01 Rasgo(s) distintivo(s)                      | <i>No</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i><br>2 <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| <b>448</b>                        | <b>Labios</b><br>01 Rasgo(s) distintivo(s)                            | <i>No</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i><br>2 <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| <b>452</b>                        | <b>Barbilla</b><br>01 Rasgo(s) distintivo(s)                          | <i>No</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i><br>2 <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| <b>456</b>                        | <b>Cuello</b><br>01 Rasgo(s) distintivo(s)                            | <i>No</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i><br>2 <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| <b>460</b>                        | <b>Manos/uñas</b><br>01 Rasgo(s) distintivo(s)                        | <i>No</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i><br>2 <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| <b>464</b>                        | <b>Pies/uñas</b><br>01 Rasgo(s) distintivo(s)                         | <i>No</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i><br>2 <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| <b>468</b>                        | <b>Vello corporal/púbico</b><br>01 Rasgo(s) distintivo(s)             | <i>No</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):</i><br>2 <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| <b>472</b>                        | <b>Circuncisión</b><br>01 Rasgo(s) distintivo(s)                      | <i>No</i><br>1 <input type="checkbox"/> <i>Sí</i><br>2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |
| <b>476</b>                        | <b>Ascendencia</b>                                                    | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <i>Europea</i><br/>1 <input type="checkbox"/> <i>Blanco</i> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Africana</i><br/>2 <input type="checkbox"/> <i>Negro</i> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Asiática</i><br/>3 <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> <i>Otros (precise):</i><br/>4 <input type="checkbox"/> _____ </div> <div style="width: 50%;"> <i>Mestiza (especifique)</i><br/>5 <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |

|                                                                                     |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Datos recopilados por</b><br>Cargo :<br>Nombre :<br>Dirección :<br>Tel./e-mail : | <b>Firma y fecha</b><br><div style="height: 50px;"></div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Apellidos:</b>                                                                                                                                                                                                         | <b>AM n°:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres:</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Fecha de nacimiento:</b>                                                                                                                                                                                               | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <i>Día</i><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> <i>Mes</i><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> <i>Año</i><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> <i>Edad</i><br/> <input type="text"/> </div> <div> <i>Hombre</i><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div> <i>Mujer</i><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div> <i>Otros</i><br/> <input type="checkbox"/> </div> <div> <i>Desconocido</i><br/> <input type="checkbox"/> </div> </div> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>a = No se dispone de datos</span> <span>b = Anexo</span> <span>c = Más detalles en pág. de información adicional (700)</span> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| DESCRIPCIÓN DEL CADÁVER (datos dactiloscópicos) |                                                                                                         | a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | b | c |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| <b>480</b>                                      | <b>Huellas dactilares</b><br>01 Núm. huellas dactilares tomadas<br>02 Formato<br>03 Técnica de revelado | <i>N°:</i> _____<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div> <i>Impres.</i><br/>                         1 <input type="checkbox"/> </div> <div> <i>Fotografía digital</i><br/>                         2 <input type="checkbox"/> </div> <div> <i>35mm photo</i><br/>                         3 <input type="checkbox"/> </div> <div> <i>Identificación bio</i><br/>                         4 <input type="checkbox"/> </div> <div> <i>Otros (precise):</i><br/>                         5 <input type="checkbox"/> _____                     </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div> <i>Polvo</i><br/>                         1 <input type="checkbox"/> </div> <div> <i>Productos quími</i><br/>                         2 <input type="checkbox"/> </div> <div> <i>Fuente digital</i><br/>                         3 <input type="checkbox"/> </div> <div> <i>Otros (precise):</i><br/>                         4 <input type="checkbox"/> _____                     </div> </div> |   |   |
| <b>496</b>                                      | <b>Procedencia de las huellas</b>                                                                       | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>IZQUIERDA</b></p>  </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>DERECHA</b></p>  </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">SOMBREE LAS PARTES DE LAS QUE SE TOMARON LAS HUELLAS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |

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

Apellidos:

AM n°:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

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

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

| PATOLOGÍAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      | a | b | c |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---|---|---|
| 500        | <b>Médico generalista</b><br>Nombre<br>Calle / n°<br>Código postal/localidad<br>Estado/país<br>Tel./e-mail<br>Indique otros facultativos en la página de información adicional (700)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |   |   |   |
| 505        | <b>Historial médico</b><br>01 Diagnósticos<br>02 Resultados<br>03 Fracturas<br>04 Hospitalizaciones<br>05 Cicatrices quirúrgicas<br>06 Órganos ausentes (congénito)<br>07 Órganos extirpados<br>08 Medicamentos recetados<br>09 Envío a especialista<br>10 Síntomas<br>11 Tratamientos<br>12 Otras cicatrices<br>13 Otros<br><b>Adicciones</b><br>20 Alcohol<br>21 Drogas<br>22 Estupefacientes<br>23 Tabaco<br><b>Enfermedades infecciosas</b><br>30 SIDA/VIH<br>31 Hepatitis<br>32 Tuberculosis<br>33 Otros<br><b>En mujer</b><br>40 Partos<br>41 Histerectomía<br>42 Dispositivo anticonceptivo intrauterino<br>43 Embarazos | N°: 1<br>Precise<br>2<br>N° de serie |   |   |   |
| 515        | <b>Implantes</b><br>01 Mamaros<br>02 Marcapasos<br>03 Bomba de insulina<br>04 Otros implantes quirúrgicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N°: 1<br>Precise<br>2<br>N° de serie |   |   |   |
| 520        | <b>Prótesis internas</b><br>No<br>Si (precise):<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> N° de serie:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |   |   |   |
| 525        | <b>Otras piezas artificiales</b><br>No<br>Si (precise):<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |   |   |   |

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

Apellidos:

AM n°:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Día                  | Mes                  | Año                  | Edad                 | 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"/> | <input type="text"/> |

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

| REFERENCIAS DIRECTAS DE LA PERSONA DESAPARECIDA Y MUESTRAS DE PARIENTES BIOLÓGICOS                |                                                                                                                        |                               |                            | a                          | b                            | c |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|---|
| 555                                                                                               | <b>Referencias directas de la persona desaparecida</b><br><br>01 Perfil de ADN<br>02 Biobanco<br>03 Efectos personales | Ref. N°: 1                    | Precise                    | 2 Fecha de la mue          | 3 Referencia de laboratorio: |   |
|                                                                                                   |                                                                                                                        | 1                             |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   |                                                                                                                        | 2                             |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   |                                                                                                                        | 3                             |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   |                                                                                                                        | 4                             |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   |                                                                                                                        | 5                             |                            |                            |                              |   |
| 560                                                                                               | <b>Muestras de parientes biológicos</b>                                                                                |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   | Referencia familiar                                                                                                    | Nombre(s):                    |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   | N°:                                                                                                                    |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   |                                                                                                                        | N° de documento de identidad: |                            | Referencia de laboratorio: |                              |   |
|                                                                                                   | Parentesco                                                                                                             |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   |                                                                                                                        | Tipo de muestra:              |                            | Fecha de la muestra:       |                              |   |
|                                                                                                   | (Indique la ref. del árbol genealógico)                                                                                |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   | Referencia familiar                                                                                                    | Nombre(s):                    |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   | N°:                                                                                                                    |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   |                                                                                                                        | N° de documento de identidad: |                            | Referencia de laboratorio: |                              |   |
|                                                                                                   | Parentesco                                                                                                             |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   |                                                                                                                        | Tipo de muestra:              |                            | Fecha de la muestra:       |                              |   |
|                                                                                                   | (Indique la ref. del árbol genealógico)                                                                                |                               |                            |                            |                              |   |
| Referencia familiar                                                                               | Nombre(s):                                                                                                             |                               |                            |                            |                              |   |
| N°:                                                                                               |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   | N° de documento de identidad:                                                                                          |                               | Referencia de laboratorio: |                            |                              |   |
| Parentesco                                                                                        |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   | Tipo de muestra:                                                                                                       |                               | Fecha de la muestra:       |                            |                              |   |
| (Indique la ref. del árbol genealógico)                                                           |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
| Referencia familiar                                                                               | Nombre(s):                                                                                                             |                               |                            |                            |                              |   |
| N°:                                                                                               |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   | N° de documento de identidad:                                                                                          |                               | Referencia de laboratorio: |                            |                              |   |
| Parentesco                                                                                        |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   | Tipo de muestra:                                                                                                       |                               | Fecha de la muestra:       |                            |                              |   |
| (Indique la ref. del árbol genealógico)                                                           |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
| Referencia familiar                                                                               | Nombre(s):                                                                                                             |                               |                            |                            |                              |   |
| N°:                                                                                               |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   | N° de documento de identidad:                                                                                          |                               | Referencia de laboratorio: |                            |                              |   |
| Parentesco                                                                                        |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
|                                                                                                   | Tipo de muestra:                                                                                                       |                               | Fecha de la muestra:       |                            |                              |   |
| (Indique la ref. del árbol genealógico)                                                           |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
| Muestra de referencia complementaria, 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
| pág. 10b                                                                                          |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |
| Los perfiles resultantes figuran en el campo 825                                                  |                                                                                                                        |                               |                            |                            |                              |   |

Datos

recopilados por

Cargo :

Nombre :

Dirección :

Tel./e-mail :

Firma y fecha

Apellidos:

AM n°:

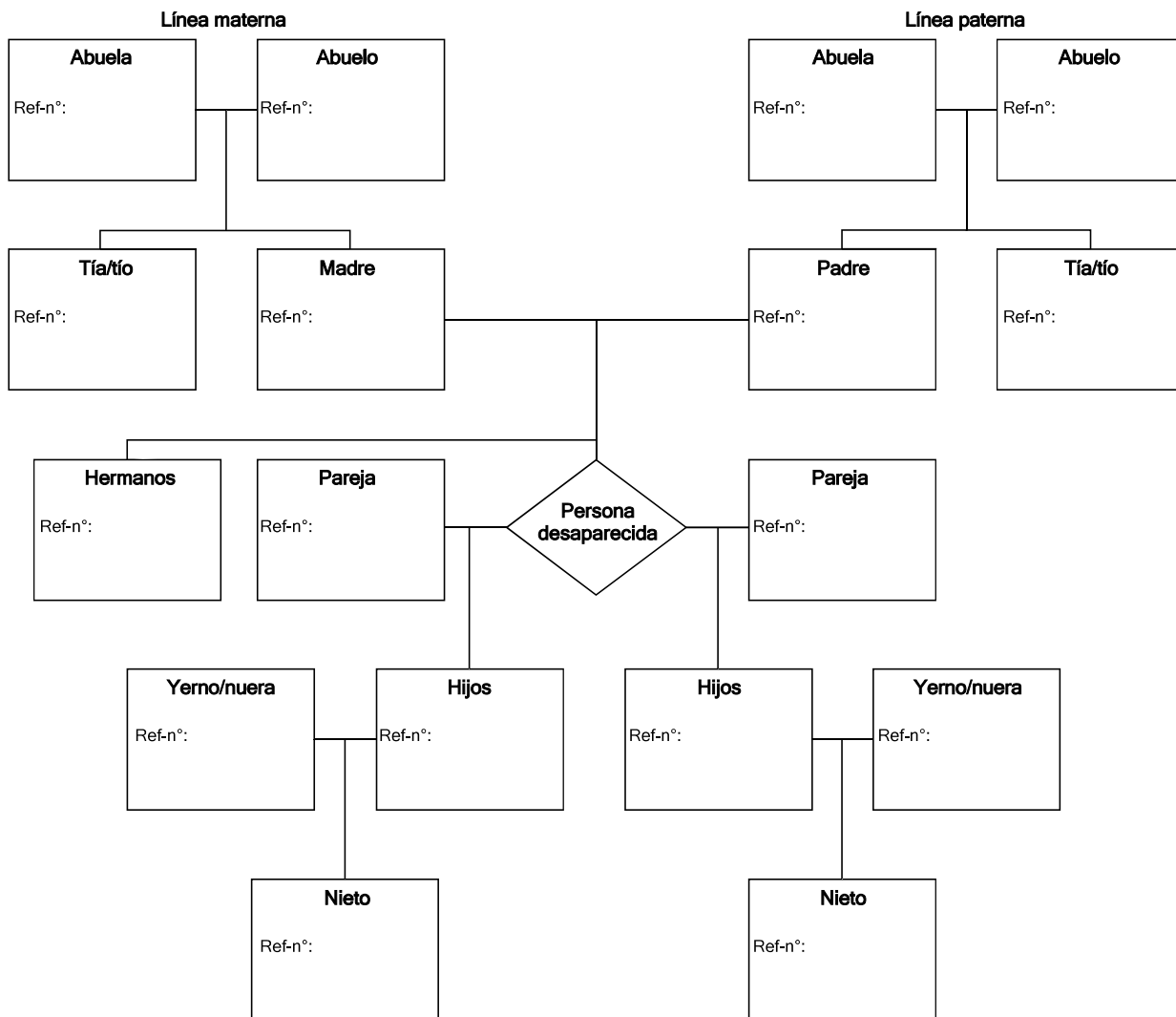
Nombres:

Fecha de nacimiento:

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

### ÁRBOL GENEALÓGICO (PARENTESCOS BIOLÓGICOS)

Asigne un n° de ref. a cada pariente en el árbol genealógico. Los datos que no figuran en él se podrán añadir en la página sobre información adicional (700).



Nota: las muestras de ADN de parientes cercanos, especialmente de la madre, ambos progenitores o los hijos, son más útiles que las muestras de ADN de parientes lejanos.

Datos

recopilados por

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

Firma y fecha

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |  |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| <b>Apellidos:</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>AM n°:</b> |  |
| <b>Nombres:</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |  |
| <b>Fecha de nacimiento:</b> | <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span><i>Día</i></span> <span><i>Mes</i></span> <span><i>Año</i></span> <span><i>Edad</i></span> <span><i>Hombre</i></span> <span><i>Mujer</i></span> <span><i>Otros</i></span> <span><i>Desconocido</i></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <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 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 style="border: 1px solid black; width: 40px; 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 style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> |               |  |

a = No se dispone de datos

b = Anexo

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

| DATOS ODONTOLÓGICOS |                                                                               |                                            |                                      |                                           | a                                              | b | c |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|---|---|
| 600                 | Odontólogo/entidad                                                            |                                            |                                      |                                           |                                                |   |   |
|                     | Nombre<br>Calle / n°<br>Código postal/localidad<br>Estado/país<br>Tel./e-mail |                                            |                                      |                                           |                                                |   |   |
|                     | 01 Periodo abarcado                                                           | Registros<br>1 <input type="checkbox"/>    | De: _____                            | Para: _____                               |                                                |   |   |
|                     | 02 Arch. adjunto                                                              | Radiografías<br>1 <input type="checkbox"/> | Moldes<br>2 <input type="checkbox"/> | Fotografías<br>3 <input type="checkbox"/> | Otros (precise):<br>4 <input type="checkbox"/> |   |   |
| 605                 | Odontólogo/entidad                                                            |                                            |                                      |                                           |                                                |   |   |
|                     | Nombre<br>Calle / n°<br>Código postal/localidad<br>Estado/país<br>Tel./e-mail |                                            |                                      |                                           |                                                |   |   |
|                     | 01 Periodo abarcado                                                           | Registros<br>1 <input type="checkbox"/>    | De: _____                            | Para: _____                               |                                                |   |   |
|                     | 02 Arch. adjunto                                                              | Radiografías<br>1 <input type="checkbox"/> | Moldes<br>2 <input type="checkbox"/> | Fotografías<br>3 <input type="checkbox"/> | Otros (precise):<br>4 <input type="checkbox"/> |   |   |
| 615                 | Imágenes dentales disponibles                                                 | 1 Digitales                                | 2 Indique número de                  | 3 No digitales                            | 4 Indique número de                            |   |   |
|                     | 01 Periapical                                                                 | <input type="checkbox"/>                   |                                      | <input type="checkbox"/>                  |                                                |   |   |
|                     | 02 Placa de mordida                                                           | <input type="checkbox"/>                   |                                      | <input type="checkbox"/>                  |                                                |   |   |
|                     | 03 Ortopantomografía                                                          | <input type="checkbox"/>                   |                                      | <input type="checkbox"/>                  |                                                |   |   |
|                     | 04 Tomografía computerizada                                                   | <input type="checkbox"/>                   |                                      | <input type="checkbox"/>                  |                                                |   |   |
|                     | 05 Otras radiografías                                                         | <input type="checkbox"/>                   |                                      | <input type="checkbox"/>                  |                                                |   |   |
|                     | 06 Fotografías                                                                | <input type="checkbox"/>                   |                                      | <input type="checkbox"/>                  |                                                |   |   |
| 620                 | documentos adicionales                                                        |                                            |                                      |                                           |                                                |   |   |

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

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Apellidos:</b>                                                                                                                                                                                                                            | <b>AM n°:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres:</b>                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> <span>Edad</span> <span>Hombre</span> <span>Mujer</span> <span>Otros</span> <span>Desconocido</span> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Fecha de nacimiento:</b>                                                                                                                                                                                                                  | <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)

| DATOS ODONTOLÓGICOS |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |          |          |          |    |    |           |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|----------|----------|----|----|-----------|
| <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 |    |    |          |          |          |    |    |           |
|                     | 18                                                                                               | 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24       | 25       | 26       | 27 | 28 |           |
| DERECHA             |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |          |          |          |    |    | 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>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    | <b>a</b> | <b>b</b> | <b>c</b> |    |    |           |
|                     | 01 Precise                                                                                       | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>1 <input type="checkbox"/> Coronas</div> <div>2 <input type="checkbox"/> Puentes</div> <div>3 <input type="checkbox"/> Implantes</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>4 <input type="checkbox"/> Dentadura postiza</div> <div>5 <input type="checkbox"/> Otros</div> </div>                                                              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |          |          |          |    |    |           |
| <b>640</b>          | <b>Otros resultados</b>                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |          |          |          |    |    |           |
|                     | 01 Precise                                                                                       | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>1 <input type="checkbox"/> Oclusión</div> <div>2 <input type="checkbox"/> Erosión dental</div> <div>3 <input type="checkbox"/> Estado periodontal</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>4 <input type="checkbox"/> Supernumerarios</div> <div>5 <input type="checkbox"/> Manchas</div> <div>6 <input type="checkbox"/> Otros</div> </div> |    |    |    |    |    |    |    |    |    |          |          |          |    |    |           |
| <b>645</b>          | <b>Tipo de dentición</b>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |          |          |          |    |    |           |
|                     | 01 Precise                                                                                       | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>1 <input type="checkbox"/> Dentición primaria</div> <div>2 <input type="checkbox"/> Dentición mixta</div> <div>3 <input type="checkbox"/> Dentición permanente</div> </div>                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |          |          |          |    |    |           |
| <b>650</b>          | <b>Control de calidad</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |          |          |          |    |    |           |
|                     | Odontólogo forense 1                                                                             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Fecha:</div> <div>Firma:</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |          |          |          |    |    |           |
|                     | Odontólogo forense 2 (si procede)                                                                | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Nombre:</div> <div>Firma:</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Fecha:</div> <div>Firma:</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Nombre:</div> </div>                                                                                                                                              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |          |          |          |    |    |           |

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

Apellidos:AM n°:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

Día

Mes

Año

Edad

Hombre

Mujer

Otros

Desconocido

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

| 700 | 1 N° de camp, 2 | Descripción |
|-----|-----------------|-------------|
| 705 |                 |             |

Apellidos:AM n°:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

Día

Mes

Año

Edad

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:<br>Address:<br>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                     | Referencia directa 1 Referencia familiar 2 Número de referencia: |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | VWA                     |                                                                  |  | D6S1043       |   |   |   |
|                                                                                                                                       | TH01                    |                                                                  |  | DYS391        |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D21S11                  |                                                                  |  | DYS576        |   |   |   |
|                                                                                                                                       | FGA                     |                                                                  |  | DYS570        |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D8S1179                 |                                                                  |  | Yindel        |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D3S1358                 |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D18S51                  |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | Amelogenina             |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | TPOX                    |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | CSF1PO                  |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D13S317                 |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D7S820                  |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D5S818                  |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D16S539                 |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D2S1338                 |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D19S433                 |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | Penta D                 |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | Penta E                 |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D1S1656                 |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D2S441                  |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D10S1248                |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D22S1045                |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | D12S391                 |                                                                  |  |               |   |   |   |
|                                                                                                                                       | SE33                    |                                                                  |  |               |   |   |   |
| 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 Si         |  |               |   |   |   |
| Datos recopilados por                                                                                                                 |                         |                                                                  |  | Firma y fecha |   |   |   |
| Cargo :                                                                                                                               |                         |                                                                  |  |               |   |   |   |
| Nombre :                                                                                                                              |                         |                                                                  |  |               |   |   |   |
| Dirección :                                                                                                                           |                         |                                                                  |  |               |   |   |   |
| Tel./e-mail :                                                                                                                         |                         |                                                                  |  |               |   |   |   |

Apellidos:

AM n°:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

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

835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)

