Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ][ ] Edad [ ] Hombre [ ] Mujer [ ] Otros [ ] Se desconoce [ ]

Tipo de catástrofe:

Lugar de la catástrofe:

Fecha del la catástrofe: Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ][ ]

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

DATOS ADMINISTRATIVOS			a	b	c
100	Organismo responsable Calle / Nº Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail	OCN de INTERPOL: Expediente policial nº:			
105	Datos facilitados por Nombre Calle / Nº Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail Parentesco	Fecha:			
110	Punto de contacto Nombre Calle / Nº Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail Parentesco	1 [ ] véase 105			
115	Pareja Si no es soltero/a, véase 230	Soltero/a - De lo contrario, 1 [ ] Nombre / Segundo nombre / Apellido(s) de la pareja			
120	Toma de huellas dactilares 01 Fuente	1 [ ] No 2 [ ] Sí Dónde: _____ Precise: _____ Fecha: _____			
125	Si no, ¿pueden obtenerse huellas dactilares en el domicilio / trabajo / otros? 01 Dirección Véase también 480	1 [ ] No 2 [ ] Sí Especifique otros médicos en la página de datos complementarios (700)			

LISTA DE DATOS	Se adjunta completa	No disponible	Observaciones
Info. administrativa (campos 1xx)			
Datos nominales (campos 2xx)			
Efectos personales (campos 3xxx)			
Descripción física (campos 4xx)			
Datos patológicos (campos 5xx)			
Datos odontológicos (campos 6xx)			
Información adicional (campos 7xx)			
Anexo (campos 8xxx) (opcional)			

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Edad ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

DATOS NOMINALES			a	b	c
200	Apellido(s) de origen	*Apellido(s) de soltera de la madre:*			
205	Apodos				
210	Otros nombres 01 Otros nombres Nombre Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento	*Nombre(s)* / *Apellido:* ☐☐ *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐☐☐ *Año* *Localidad:* / *País:*			
215	Nacionalidad	*País:* / *Múltiple nacionalidad:*			
220	Lugar de nacimiento	*Localidad:* / *País:*			
225	N° del documento de identidad Número País de expedición	☐☐☐ *Indíquese el código ISO 3166-1 alfa-3 (p. ej. AUS para Australia)*			
230	Estado civil Si soltero/a, véase 115	*Prometido/a (fecha):* 1 ☐ *Otros* 2 ☐ *Casado/a (fecha):* 3 ☐ *Divorciado/a* 4 ☐ *Viudo/a* 5 ☐			
235	Profesión				
238	Domicilio Calle / Nº Código postal / Ciudad Estado / País				
240	Dirección postal actual Calle / Nº Código postal / Ciudad Estado / País				
241	Teléfono móvil				
243	Usuario Internet 01 Direcciones de correo electrónico 02 Redes sociales	Datos como cuenta, plataforma y nombre del perfil			
245	Religión	*No* 1 ☐ *Sí (especifique):* 2 ☐ _____			

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

Apellido(s): _____ **AM Nº:** _____

Nombre(s): _____

	Día	*Mes*	*Año*	*Edad*	*Hombre*	*Mujer*	*Otros*	*Se desconoce*
Fecha de nacimiento:								

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

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

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

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

Apellido(s): _____ **AM Nº:** _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Edad ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

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

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

Apellido(s): _____ **AM Nº:** _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: *Día* ☐☐ *Mes* ☐☐ *Año* ☐☐☐☐ *Edad* ☐ *Hombre* ☐ *Mujer* ☐ *Otros* ☐ *Se desconoce* ☐

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

EFECTOS PERSONALES (posiblemente portados por la persona o que forman parte de su equipaje)

340 Documentos de identidad

01 Tarjetas bancarias
02 Permiso de conducir
03 Documento de identidad
04 Pasaporte
99 Otros

Si marca "99 Otros", describa el tipo de documento en la columna "3 Detalles".

Nº:	1 *Nacionalidad*	2 *Número*	3 *Detalles*	4 *Biométrico*	5 *Chip*	a	b	c

345 Pertenencias

01 Tarjetas inteligentes/ llaves
02 Riñonera
03 Dinero
04 Diario/agenda
05 Monedero
06 Entrada
07 Cartera
99 Otras

Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".

Nº:	1 *Marca*	2 *Modelo*	3 *Color predominant*	4 *Material*	5 *Nº de serie*	6 *Inscripciones*	a	b	c

350 Aparatos electrónicos

01 Cámara de fotos
02 Teléfono móvil
03 Reproductor de música
04 Tarjeta SIM
05 Tableta/dispositivo portátil
06 Videocámara
99 Otros

Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".

Nº:	1 *Marca*	2 *Modelo*	3 *Color predominant*	4 *Material*	5 *Nº de serie*	6 *Inscripciones*	a	b	c

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

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

Firma / fecha

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Edad ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

DESCRIPCIÓN FÍSICA (apariencia)

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

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

Apellido(s): _____ **AM Nº:** _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Edad ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

DESCRIPCIÓN FÍSICA (apariencia + huellas dactilares)			a	b	c
424	**Cejas** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
428	**Ojos** 01 Color (Izqdo. y dcho.) 02 Rasgo(s) distintivo(s)	*Azul* 1 ☐ ☐ (I D) *Gris* 2 ☐ ☐ (I D) *Verde* 3 ☐ ☐ (I D) *Castaño* 4 ☐ ☐ (I D) *Negro* 5 ☐ ☐ (I D) *Avellana* 6 ☐ ☐ (I D) *Rojo oscuro* 7 ☐ ☐ (I D) *Rosa* 8 ☐ ☐ (I D) *Estrab. converge* 1 ☐ ☐ (I D) *Estrab. divergente* 2 ☐ ☐ (I D) *Ojo artificial* 3 ☐ ☐ (I D) *Otro (precise):* 4 ☐ _____			
432	**Nariz** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
436	**Vello facial** 01 Tipo 02 Color	*Afeitado* 1 ☐ *Bigote* 2 ☐ *Perilla* 3 ☐ *Patillas* 4 ☐ *Barba y bigote* 5 ☐ *Otros (especifique en pág. 700)* 6 ☐ *Rubio* 1 ☐ *Castaño* 2 ☐ *Negro* 3 ☐ *Pelirrojo* 4 ☐ *Gris* 5 ☐ *Blanco* 6 ☐ *Entrecano* 7 ☐ *Otro (precise):* 8 ☐ _____			
440	**Orejas** 01 Lóbulos/con agujeros 02 Rasgo(s) distintivo(s)	*Pegado* 1 ☐ *No* 2 ☐ *Sí* *Con agujeros - especifique núm. de agujeros* 3 ☐ *Izdo.* _____ 4 ☐ *Dcho.* _____ *No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
444	**Boca/dientes** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
448	**Labios** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
452	**Mentón** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
456	**Cuello** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
460	**Manos/uñas** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
464	**Pies/uñas** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
468	**Vello corporal/púbico** 01 Rasgo(s) distintivo(s)	*No* 1 ☐ *Sí (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles):* 2 ☐ _____			
472	**Circuncisión**	*No* 1 ☐ *Sí* 2 ☐			
476	**Ascendencia**	*Europea* 1 ☐ *Blanco* *Africana* 2 ☐ *Negro* *Asiática* 3 ☐ *Otro (precise):* 4 ☐ _____ *Mixta (precise):* 5 ☐ _____			
480	**Huellas dact.** 01 Núm. huellas dactilares tomadas 02 Formato 03 Técnica de revelado	*Nº:* _____ *Impres.* 1 ☐ *Foto digital* 2 ☐ *Foto 35 mm* 3 ☐ *Otro (precise):* 4 ☐ _____ *Polvo* 1 ☐ *Química* 2 ☐ *Otro (precise):* 3 ☐ _____			

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

Firma / fecha

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ][ ] Edad [ ] Hombre [ ] Mujer [ ] Otros [ ] Se desconoce [ ]

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

PATOLOGÍA			a	b	c
500	**Médico de cabecera** Nombre Calle / Nº Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail	Especifique otros médicos en la página de datos complementarios (700)			
505	**Historial médico** 01 Diagnósticos 02 Resultados 03 Fracturas 04 Hospitalizaciones 05 Cicatrices quirúrgicas 06 Órganos ausentes 07 Prescripciones 08 Envío a especialista 09 Síntomas 10 Tratamientos 11 Otras cicatrices 12 Otros **Adicciones** 20 Alcohol 21 Medicamentos 22 Drogas 23 Tabaco **Enfermedades infecciosas** 30 SIDA/VIH 31 Hepatitis 32 Tuberculosis 33 Otras **En mujer** 40 Partos 41 Histerectomía 42 Dispositivos anticonceptivos intrauterinos 43 Embarazos	Nº: 1 *Especifique*			
515	**Implantes** 01 Mamarios 02 Marcapasos 03 Bomba de insulina 04 Otros implantes quirúrgicos	Nº: 1 *Especifique* 2 *Nº de serie*			
520	**Prótesis**	*No* 1 [ ] *Sí (especifique):* 2 [ ] _____			
525	**Otras piezas artificiales**	*No* 1 [ ] *Sí (especifique):* 2 [ ] _____			
530	**Órganos extirpados**	*No* 1 [ ] *Sí (especifique):* 2 [ ] _____			

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

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

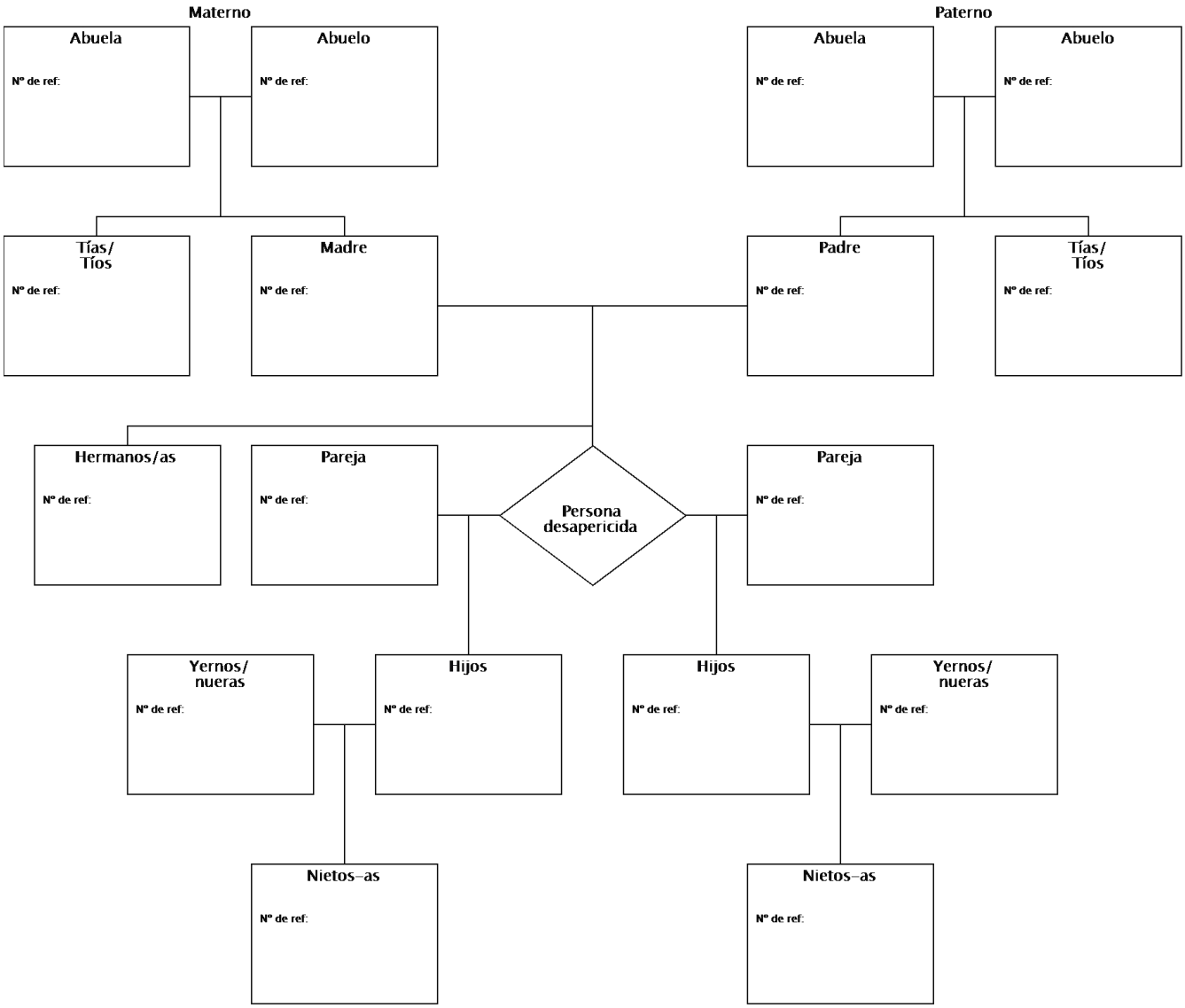
	Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
Fecha de nacimiento:								

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

DATOS PATOLÓGICOS (información relacionada con el ADN)						a	b	c
555	Referencia 01 Perfil de ADN 02 Biobanco 03 Efectos personales	Nº:	1 Especifique	2 Fecha de la muestr	3 Referencia de laboratorio			

ÁRBOL GENEALÓGICO (PARENTESCOS BIOLÓGICOS)

En el árbol genealógico de parentescos biologicos asigne un nº de ref. a cada pariente. Utilice la pág. de información adicional (700) para añadir los datos que no figuran en el árbol.



NOTA: las muestras de ADN de parientes cercanos, en particular los progenitores e hijos, son más útiles que las muestras de parientes lejanos

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

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Edad ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

DATOS PATOLÓGICOS (información relacionada con el ADN)			a	b	c
560	Nº de ref. familiar Nº: Parentesco (Indique la ref. del árbol genealógico)	*Nombre(s)* *N° de identificación nacional:* *Referencia de laboratorio:* *Tipo de muestra:* *Fecha de la muestra:*			
	Nº de ref. familiar Nº: Parentesco (Indique la ref. del árbol genealógico)	*Nombre(s)* *N° de identificación nacional:* *Referencia de laboratorio:* *Tipo de muestra:* *Fecha de la muestra:*			
	Nº de ref. familiar Nº: Parentesco (Indique la ref. del árbol genealógico)	*Nombre(s)* *N° de identificación nacional:* *Referencia de laboratorio:* *Tipo de muestra:* *Fecha de la muestra:*			
	Nº de ref. familiar Nº: Parentesco (Indique la ref. del árbol genealógico)	*Nombre(s)* *N° de identificación nacional:* *Referencia de laboratorio:* *Tipo de muestra:* *Fecha de la muestra:*			
	Nº de ref. familiar Nº: Parentesco (Indique la ref. del árbol genealógico)	*Nombre(s)* *N° de identificación nacional:* *Referencia de laboratorio:* *Tipo de muestra:* *Fecha de la muestra:*			
	Nº de ref. familiar Nº: Parentesco (Indique la ref. del árbol genealógico)	*Nombre(s)* *N° de identificación nacional:* *Referencia de laboratorio:* *Tipo de muestra:* *Fecha de la muestra:*			
	Nº de ref. familiar Nº: Parentesco (Indique la ref. del árbol genealógico)	*Nombre(s)* *N° de identificación nacional:* *Referencia de laboratorio:* *Tipo de muestra:* *Fecha de la muestra:*			
	Nº de ref. familiar Nº: Parentesco (Indique la ref. del árbol genealógico)	*Nombre(s)* *N° de identificación nacional:* *Referencia de laboratorio:* *Tipo de muestra:* *Fecha de la muestra:*			
	Nº de ref. familiar Nº: Parentesco (Indique la ref. del árbol genealógico)	*Nombre(s)* *N° de identificación nacional:* *Referencia de laboratorio:* *Tipo de muestra:* *Fecha de la muestra:*			

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

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Edad ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

DATOS ODONTOLÓGICOS			a	b	c
600	**Odontólogo/entidad** Nombre Calle / Nº Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail				
	01 Periodo abarcado	*Historiales médicos* 1 ☐ *Desde:* _____ *Hasta:* _____			
	02 Arch. adjunto	*Radiografías* 1 ☐ *Moldes* 2 ☐ *Fotos* 3 ☐ *Otro (precise):* 4 ☐ _____			
605	**Odontólogo/entidad** Nombre Calle / Nº Código postal / Ciudad Estado / País Tel. / e-mail				
	01 Periodo abarcado	*Historiales médicos* 1 ☐ *Desde:* _____ *Hasta:* _____			
	02 Arch. adjunto	*Radiografías* 1 ☐ *Moldes* 2 ☐ *Fotos* 3 ☐ *Otro (precise):* 4 ☐ _____			
615	**Imágenes dentales disponibles**	1 *Digitales* / 2 *Núm. de imágenes* / 3 *No digitales* / 4 *Núm. de imágenes*			
	01 Periapical	☐			
	02 Interproximal	☐			
	03 Ortopantomograma	☐			
	04 Tomografía computarizada	☐			
	05 Otras radiografías	☐			
	06 Fotografías	☐			
620	**Otra documentación**				

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

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

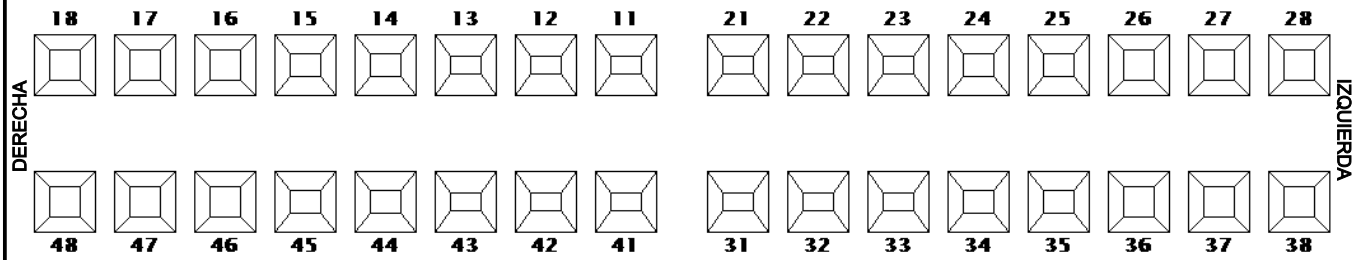
Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Edad ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otros ☐ Se desconoce ☐

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

DATOS ODONTOLÓGICOS

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



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

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

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

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

	Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
Fecha de nacimiento:					☐	☐	☐	☐

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

700	1 Campo nº	2 Descripción

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

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

	Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
Fecha de nacimiento:					☐	☐	☐	☐

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

700	1 Campo nº	2 Descripción

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

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

	Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
Fecha de nacimiento:					☐	☐	☐	☐

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

700	1 Campo nº	2 Descripción

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

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

	Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
Fecha de nacimiento:					☐	☐	☐	☐

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

700	1 Campo nº	2 Descripción

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

Apellido(s): _____ AM Nº: _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Edad	Hombre	Mujer	Otros	Se desconoce
					☐	☐	☐	☐

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

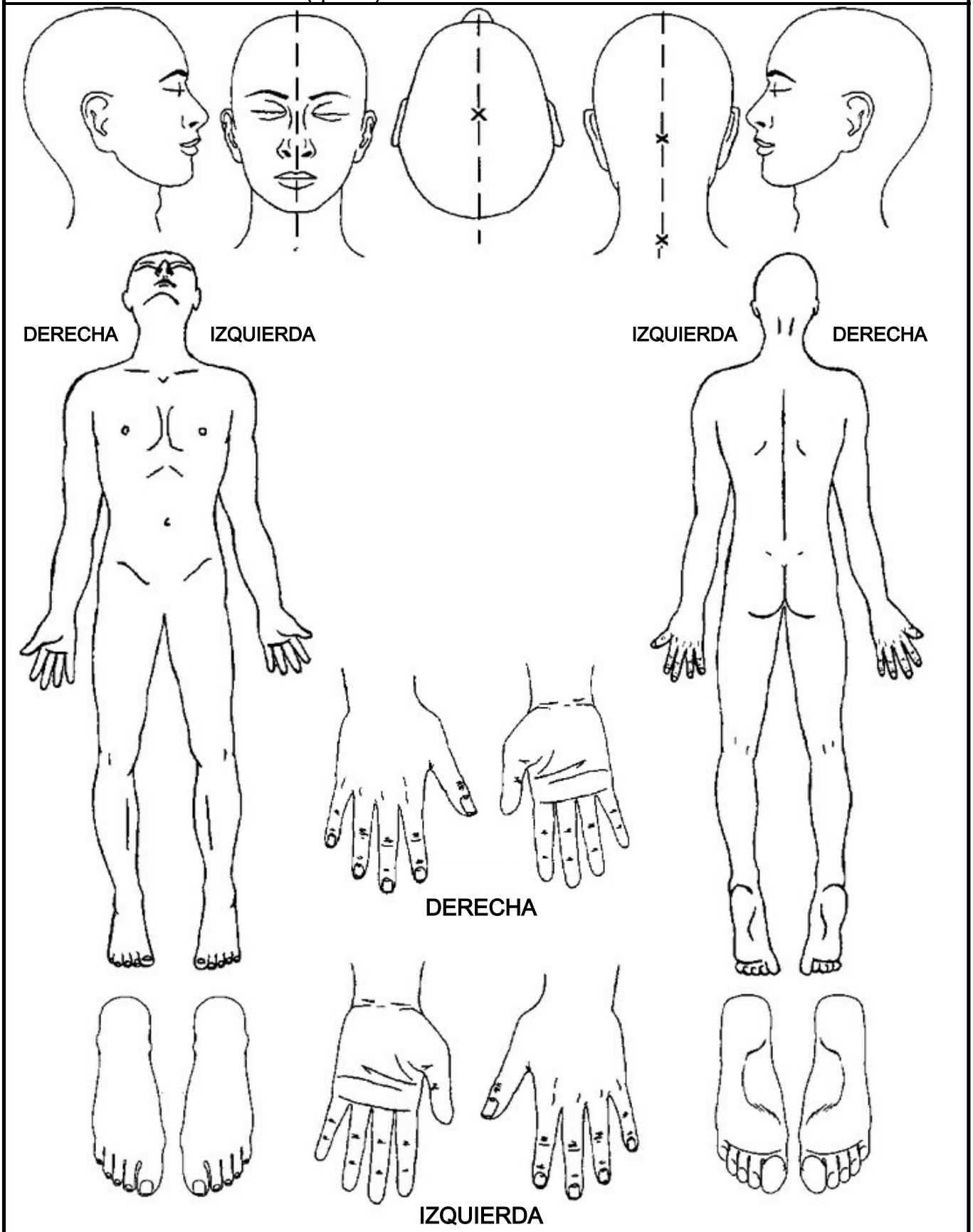
805 ANEXO ADN			a	b	c
810	Laboratorio de análisis	*Nombre:* _____ *E-mail:* _____ *Dirección:* _____ *Ciudad:* _____ *Fecha de la muestra:* _____			
815	Normas del laboratorio	*Acreditadas por:* _____ *No acreditado* 1 ☐			
820	Kit(s) STR utilizados	*Nombre(s) de kit(s) utilizado(s):* _____			

825	ADN	Persona desaparecida		Referencia - Nº de ref.: _____	
	VWA				
	TH01				
	D21S11				
	FGA				
	D8S1179				
	D3S1358				
	D18S51				
	Amelogenina				
	TPOX				
	CSF1PO				
	D13S317				
	D7S820				
	D5S818				
	D16S539				
	D2S1338				
	D19S433				
	Penta D				
	Penta E				
	D1S1656				
	D2S441				
	D10S1248				
	D22S1045				
	D12S391				
	SE33				
	D6S1043				
	Si desea añadir más información sobre los marcadores mencionados, marque la columna c y utilice la página 700, Información adicional.				
830		*Pág. adicional sobre perfiles de ADN (805-825)* 1 ☐ *No* 2 ☐ *Sí*			

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

Apellido(s): ---------- AM Nº: _____

Nombre(s): ----------

Fecha de nacimiento: Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ][ ] Edad [ ] Hombre [ ] Mujer [ ] Otros [ ] Se desconoce [ ]

835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)