

RESOLUCIÓN N° 024-FGE-2016

Dr. Galo Chiriboga Zambrano
FISCAL GENERAL DEL ESTADO

CONSIDERANDO:

- Que**, el Art. 194 de la Constitución de la República establece que la Fiscalía General del Estado es un órgano autónomo de la Función Judicial, único e indivisible, funcionará de forma desconcentrada y tendrá autonomía administrativa, económica y financiera, que el Fiscal General es su máxima autoridad y representante legal,
- Que**, el Art. 195 de la Constitución de la República señala el ámbito en que la Fiscalía General del Estado desarrolla su función de órgano oficial de investigación del delito de ejercicio público de la acción; y que en el inciso segundo de la disposición precitada, determina que: "Para cumplir sus funciones, la Fiscalía organizará y dirigirá un sistema especializado integral de investigación, **de medicina legal y ciencias forenses**, que incluirá un personal de investigación civil y policial; dirigirá el sistema de protección y asistencia a víctimas, testigos y participantes en el proceso penal; y, cumplirá con las demás atribuciones establecidas en la ley,
- Que**, es público y notorio que en la noche del día sábado 16 de abril del 2016, el territorio nacional, ha sufrido daños en estructuras que han ocasionado el fallecimiento de varias personas, como consecuencia del terremoto registrado, en especial en las provincias costeras;
- Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 1001 de 16 de abril de 2016, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, encargado, declaró el Estado de Excepción en las 6 provincias costeras del país;
- Que**, es necesario agilizar los trámites respectivos, con el fin de que se exima de los protocolos de autopsia, por no provenir estas muertes de hechos delictivos, sino que son el resultado de una catástrofe causada por el terremoto; y,
- Que**, el Código Orgánico de la Función Judicial, establece en el artículo 284, las competencias del Fiscal General, entre ellas, la de expedir, mediante resolución, reglamentos internos, instructivos, circulares, manuales de organización y procedimientos y cuanto instrumento se requiera para funcionar eficientemente.

En uso de sus atribuciones legales,

DESPACHO DEL FISCAL GENERAL DEL ESTADO
Av. Patria s/n y 12 de Octubre
PBX. (593 2) 3985800
Quito - Ecuador

RESUELVE:

Expedir el siguiente **INSTRUCTIVO**, contenido en las siguientes disposiciones:

- Art. 1.** Que se utilice el Formulario de IVC de INTERPOL - Restos humanos no identificados, que se adjunta y son parte constitutiva de esta Resolución, de acuerdo con el formulario que se anexa.
- Art. 2.** En caso de que un familiar reconozca algún cadáver y exista un policía, un médico o un fiscal que haga el registro, deberá entregarse el cuerpo.
- Art. 3.** El miembro Policial o Fiscal o Médico, deberá consignar los nombres completos y número de cédula de ciudadanía o pasaporte, de quien retira el cuerpo, el parentesco y nombre del fallecido. Si hay información extra como vestimenta, tatuajes, lunares y otros datos, se dejará constancia y se procederá con la entrega.
- Art.4.** Esta resolución será puesta en conocimiento de los Fiscales Provinciales y Directores de los Centros Forenses del país, a fin de que se dé cumplimiento en forma inmediata.
- Art. 5.** De la ejecución de la presente Resolución encárguense las Fiscalías Provinciales, los Directores de los Centros Forenses del País, Ministerio Coordinador de Seguridad Interna y Externa, Ministerio del Interior, Ministro de Salud y los Directores de la Fiscalía General del Estado a nivel nacional.

Dado y firmado por el señor Fiscal General del Estado, Doctor Galo Chiriboga Zambrano, en Quito, a 17 de abril de 2016.


Dr. Galo Chiriboga Zambrano
FISCAL GENERAL DEL ESTADO



CERTIFICO.- QUE LA PRESENTE RESOLUCIÓN ESTÁ FIRMADA POR EL SEÑOR FISCAL GENERAL DEL ESTADO, DOCTOR GALO CHIRIBOGA ZAMBRANO



Dra. Fernanda Paladines
SECRETARÍA GENERAL (E)
FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO

DESPACHO DEL FISCAL GENERAL DEL ESTADO
Av. Patria s/n y 12 de Octubre
PBX. (593 2) 3985800
Quito - Ecuador



IDENTIFICADOS:

Nombres completos de quien retira:

Número de cédula: _____

Nombre del fallecido:

Parentesco: _____

Datos extra:

Vestimenta: _____

Tatuajes: _____

Lunares: _____

Otros: _____

POLICIA
No. CÉDULA

O/ _____
FISCAL
No. CÉDULA

O/ _____
MÉDICO
No. CÉDULA

Lugar de la catástrofe: _____ PM N°: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

DATOS ADMINISTRATIVOS (lista de operaciones efectuadas en el depósito de cadáveres)				Fecha	a	b	c
150	Parte del cuerpo	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí (precise) 2 <input type="checkbox"/>				
155	Fotos tomadas	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí, por: 2 <input type="checkbox"/>				
160	Efectos personales recogidos	No 1 <input type="checkbox"/>	Sí, por: 2 <input type="checkbox"/>				
165	Huellas tomadas de	No	Imposible	Sí, por:			
	01 Dedo(s)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
	02 Palma(s)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
170	Examen	No	Sí	Imágenes (precise)			
	01 Examen externo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
	02 Autopsia parcial	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
175	Examen dental	No	Sí	Imágenes (especifique en el campo 615)			
	01 Realizado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
180	Muestras extraídas	No	Sí	ADN	Toxicológicas (en su caso)		
	01 Por un médico forense Véase 545	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	02 Por un odontólogo Véase 610	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			

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

Lugar de la catástrofe: _____ PM N°: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

EFECTOS PERSONALES								a	b	c			
300	Ropa	N°:	1	Tipo	2	Color	3	Etiqueta	4	Material			
	Cabeza y cuello												
	101 Tocado												
	102 Bufanda												
	103 Corbata												
	199 Otra prenda/s												
	Parte superior del cuerpo y brazos												
	201 Blusa												
	202 Tirantes												
	203 Sujotador												
	204 Chaqueta de lana												
	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 Calzoncillos													
399 Otras prendas													
Cuerpo entero													
401 Body													
402 Vestido													
403 Religioso/cultural tradicional													
404 Uniforme													
499 Otros													
S. man a "99 Otras prendas" describe el tipo de artículo en la columna "1 Tipo"													
305	Calzado	N°:	1	Tipo	2	Color	3	Etiqueta	4	Material			
	01 Botas												
	02 Sandalias/zapatos abiert												
	03 Zapatos												
	99 Otros												
Describe el tipo de calzado en la columna "1 Tipo" p. ej. calzado deportivo o sandalias													

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

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

Lugar de la catástrofe: _____ PM Nº: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

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

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

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

PM N°: _____

Lugar de la catástrofe: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

EFECTOS PERSONALES			a	b	c
340 Documentos de identidad 01 Tarjetas bancarias 02 Permiso de conducir 03 Documento de identidad 04 Pasaporte 99 Otros Si marca "99 Otros", describa el tipo de documento en la columna "3 Detalles".	N°: 1 Nacionalidad 2 Número 3 Detalles 4 Biometrico 5 Chip				
345 Pertenencias 01 Tarjetas inteligentes/ llaves 02 Rifonera 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".	N°: 1 Marca 2 Modelo 3 Color 4 Material 5 N° de serie 6 Inscripciones				
350 Aparatos electrónicos 01 Maquina de fotos 02 Teléfono móvil 03 Reproductor de musica 04 Tarjeta SIM 05 Tableta/dispositivo portátil 06 Video 99 Otros Si marca "99 Otros" describa el tipo de artículo en la columna "2 Modelo".	N°: 1 Marca 2 Modelo 3 Color 4 Material 5 N° de serie 6 Inscripciones				

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

PM Nº: _____

Lugar de la catástrofe: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

DESCRIPCIÓN FÍSICA (apariciencia)			a	b	c												
424	Cejas 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>															
428	Ojos 01 Color (izqdo. y dcho.) 02 Rasgo(s) distintivo(s)	<table border="0"> <tr> <td>Azul 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Verde 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Castaño 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Negro 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Avellana 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Rojo oscuro 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Rosa 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Estrab. convergente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estrab. divergente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ojo artificial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros (precise): 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Azul 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Verde 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Castaño 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Negro 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Avellana 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rojo oscuro 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rosa 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Azul 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Verde 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Castaño 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
Negro 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Avellana 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rojo oscuro 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rosa 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
432	Nariz 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>															
436	Vello facial 01 Tipo 02 Color	<table border="0"> <tr> <td>Afeitado 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Bigote 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Perilla 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Patillas 4 <input type="checkbox"/></td> <td>Barba y bigote 5 <input type="checkbox"/></td> <td>Otros (especifique en pág. 700) 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rubio 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Castaño 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Negro 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Pelirrojo 4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> Gris <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entrecano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros (precise): 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Afeitado 1 <input type="checkbox"/>	Bigote 2 <input type="checkbox"/>	Perilla 3 <input type="checkbox"/>	Patillas 4 <input type="checkbox"/>	Barba y bigote 5 <input type="checkbox"/>	Otros (especifique en pág. 700) 6 <input type="checkbox"/>	Rubio 1 <input type="checkbox"/>	Castaño 2 <input type="checkbox"/>	Negro 3 <input type="checkbox"/>	Pelirrojo 4 <input type="checkbox"/>					
Afeitado 1 <input type="checkbox"/>	Bigote 2 <input type="checkbox"/>	Perilla 3 <input type="checkbox"/>	Patillas 4 <input type="checkbox"/>	Barba y bigote 5 <input type="checkbox"/>	Otros (especifique en pág. 700) 6 <input type="checkbox"/>												
Rubio 1 <input type="checkbox"/>	Castaño 2 <input type="checkbox"/>	Negro 3 <input type="checkbox"/>	Pelirrojo 4 <input type="checkbox"/>														
440	Orejas 01 Lóbulos/con agujeros 02 Rasgo(s) distintivo(s)	Pegado <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 3 <input type="checkbox"/> Izdo. 4 <input type="checkbox"/> Dcho. No <input type="checkbox"/> Si (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>															
444	Boca/dientes 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>															
448	Labios 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>															
452	Mentón 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>															
456	Cuello 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>															
460	Manos/uñas 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>															
464	Pies/uñas 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>															
468	Vello corporal/púbico 01 Rasgo(s) distintivo(s)	No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si (describa y utilice la pág. de información adicional (700) para más detalles): 2 <input type="checkbox"/>															
472	Circuncisión	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>															
476	Ascendencia	<table border="0"> <tr> <td>Europea 1 <input type="checkbox"/> Blanca</td> <td>Africana 2 <input type="checkbox"/> Negra</td> <td>Asiática 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Otras 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Mixta (precise): 5 <input type="checkbox"/>	Europea 1 <input type="checkbox"/> Blanca	Africana 2 <input type="checkbox"/> Negra	Asiática 3 <input type="checkbox"/>	Otras 4 <input type="checkbox"/>											
Europea 1 <input type="checkbox"/> Blanca	Africana 2 <input type="checkbox"/> Negra	Asiática 3 <input type="checkbox"/>	Otras 4 <input type="checkbox"/>														

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

PM N°: _____

Lugar de la catástrofe: _____

Tipo de catástrofe: _____

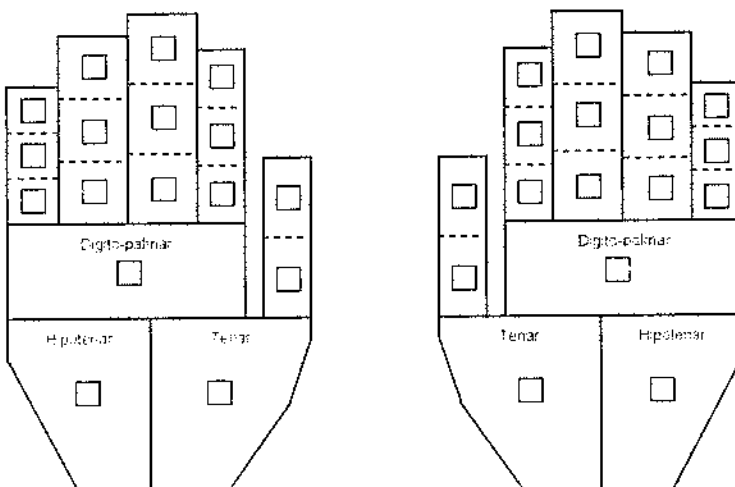
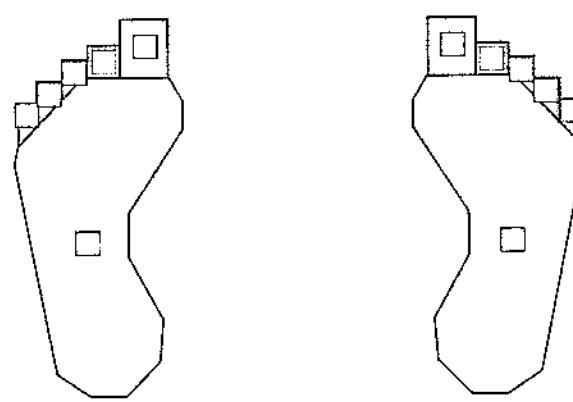
Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

a = Datos no disponibles

b = Elementos adjuntos

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

DESCRIPCIÓN DEL CADÁVER (datos dactiloscópicos)		a	b	c
484	Huellas tomadas a partir de	<i>Epidemis</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Dermis</i> 2 <input type="checkbox"/>	
488	Técnica utilizada para tomar huellas dactilares	<i>Limpieza e impresión</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Guante epidérmico</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Otras (precise):</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Escaldadura</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Agente de vaciado a base de silicona</i> 4 <input type="checkbox"/>	
492	Huellas tomadas utilizando	<i>Polvo negro y etiqueta adhesiva</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Fotografía</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Tinta</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Otras (precise):</i> 4 <input type="checkbox"/>	
496	Procedencia de las huellas	 <p style="text-align: center;">IZQUIERDA DERECHA</p>  <p style="text-align: center;">SOMBREE LAS PARTES DE LAS QUE SE TOMARON LAS HUELLAS</p>		

Recogidos por Cargo :
 Nombre :
 Dirección :
 :

Firma / fecha

Lugar de la catástrofe: _____ PM N°: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

a = Datos no disponibles

b = Elementos adjuntos

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

PATOLOGÍA		a	b	c
510	Exploración interna	N°: 1	Precise	
	Cabeza			
	01 Cerebro			
	02 Cuello			
	03 Cráneo			
	04 Otros			
	Tórax			
	10 Corazón/vasos			
	11 Pulmones			
	12 Tórax/costillas/esternón			
	13 Otros			
	Abdomen			
	20 Apéndice			
	21 Intestinos			
	22 Estómago			
	23 Otros			
	Otros órganos internos			
	30 Suprarrenales/páncreas/bazo			
	31 Genitales			
	32 Riñones/uréteres/vejiga			
	33 Hígado/vesícula biliar			
	Esqueleto/tejido blando			
	40 Miembros inf. izqdos.			
41 Miembros sup. izqdos.				
42 Pelvis				
43 Miembros inf. dchos.				
44 Miembros sup. dchos.				
45 Otros huesos				
46 Tejido blando, otras ubicaciones				
47 Columna vertebral				
Varios				
50 Patología visible (p. ej. enfermedad cardíaca, cáncer, etc.)				
51 Fracturas curadas				
52 Operaciones				
En mujer				
60 Partos				
61 Histerectomía				
62 Dispositivos intrauterinos				
63 Embarazos				
515	Implantes	N°: 1	Precise	2
	01 Mamaris			N° de serie
	02 Marcapasos			
	03 Bomba de insulina			
	04 Otros implantes quirúrgicos			

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

Lugar de la catástrofe: _____ PM Nº: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

PATOLOGÍA		a	b	c
520	Prótesis	No 1 <input type="checkbox"/>	SI (precise): 2 <input type="checkbox"/> _____	
525	Otras piezas artificiales	No 1 <input type="checkbox"/>	SI (precise): 2 <input type="checkbox"/> _____	
535	Sexo	Hombre 1 <input type="checkbox"/>	Mujer 2 <input type="checkbox"/>	No determinable 3 <input type="checkbox"/> Motivo: _____
540	Edad estimada 01 Edad (En años o en meses) 02 Método utilizado	Min _____ año	Máx _____ año	Min _____ mes / Máx _____ mes Precise: _____
545	Muestras de ADN tomadas Número de muestras	_____		
	Tipo	Hueso 1 <input type="checkbox"/>	Dentadura 2 <input type="checkbox"/>	Músculo 3 <input type="checkbox"/>
	Tarjeta con muestras de:	Sangre 4 <input type="checkbox"/>	Otras (precise): 5 <input type="checkbox"/> _____	
	Estado	Fresca 1 <input type="checkbox"/>	Ligeramente 2 <input type="checkbox"/> descompuesta	Moderadamente 3 <input type="checkbox"/> descompuesta
		Muy 4 <input type="checkbox"/> descompuesta	Esqueletizada 5 <input type="checkbox"/>	Quemada 6 <input type="checkbox"/>
	Número de muestras	_____		
	Tipo	Hueso 1 <input type="checkbox"/>	Dentadura 2 <input type="checkbox"/>	Músculo 3 <input type="checkbox"/>
	Tarjeta con muestras de:	Sangre 4 <input type="checkbox"/>	Otras (precise): 5 <input type="checkbox"/> _____	
	Estado	Fresca 1 <input type="checkbox"/>	Ligeramente 2 <input type="checkbox"/> descompuesta	Moderadamente 3 <input type="checkbox"/> descompuesta
		Muy 4 <input type="checkbox"/> descompuesta	Esqueletizada 5 <input type="checkbox"/>	Quemada 6 <input type="checkbox"/>
	Número de muestras	_____		
	Tipo	Hueso 1 <input type="checkbox"/>	Dentadura 2 <input type="checkbox"/>	Músculo 3 <input type="checkbox"/>
	Tarjeta con muestras de:	Sangre 4 <input type="checkbox"/>	Otras (precise): 5 <input type="checkbox"/> _____	
	Estado	Fresca 1 <input type="checkbox"/>	Ligeramente 2 <input type="checkbox"/> descompuesta	Moderadamente 3 <input type="checkbox"/> descompuesta
		Muy 4 <input type="checkbox"/> descompuesta	Esqueletizada 5 <input type="checkbox"/>	Quemada 6 <input type="checkbox"/>
550	Info. complementaria sobre identificación	_____		

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

Lugar de la catástrofe: _____ **PM N°:** _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe: *Día* *Mes* *Año* *Hombre* *Mujer* *Se desconoce*

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

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

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

Lugar de la catástrofe: _____ PM N°: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer 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																
DERECHA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	IZQUIERDA		
DERECHA	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	IZQUIERDA		
48																	38		
47																	37		
46																	36		
45																	35		
44																	34		
43																	33		
42																	32		
41																	31		
635	Datos particulares	1 <input type="checkbox"/> Coronas	2 <input type="checkbox"/> Puentes	3 <input type="checkbox"/> Implantes													a	b	c
	01 Precise	4 <input type="checkbox"/> Dientes postizos	5 <input type="checkbox"/> Otros																
640	Otros datos	1 <input type="checkbox"/> Oclusión	2 <input type="checkbox"/> Erosión dental	3 <input type="checkbox"/> Estado periodontal															
	01 Precise	4 <input type="checkbox"/> Supernumerarios	5 <input type="checkbox"/> Manchas	6 <input type="checkbox"/> Otros															
645	Tipo de dentición																		
	01 Dentición	1 <input type="checkbox"/> Dentición primaria	2 <input type="checkbox"/> Dentición mixta	3 <input type="checkbox"/> Dentición permanente															
647	Edad estimada																		
	01 Edad (En años o en meses)	Min _____ año	Máx _____ año	Min _____ mes	Máx _____ mes														
650	Control de calidad																		
	1er odontólogo forense	Fecha:														Firma:			
	2º odontólogo forense (en su caso)	Nombre 1er odontólogo forense:														Firma:			
		Fecha:														Firma:			
		Nombre 2º odontólogo forense:																	

Recogidos por Cargo : Nombre : Dirección : Teléfono :	Firma / fecha
---	---------------

Lugar de la catástrofe: _____ PM N°: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer Se desconoce

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

700	1 Campo nº 2	Descripción

Lugar de la catástrofe: _____ PM N°: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha de la catástrofe: Día Mes Año

Hombre Mujer 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 muestra: _____			
815	Normas del laboratorio	Acreditadas por: _____ No acreditado <input type="checkbox"/>			
820	Kit(s) STR utilizados	Nombre(s) de kit(s) utilizado(s): _____			
825	ADN	Restos humanos 1	Restos humanos 2		
	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 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> SI			

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

Lugar de la catástrofe: _____

PM N°: _____

Tipo de catástrofe: _____

Fecha del la catástrofe:

Día

Mes

Año

Hombre

Mujer

Se desconoce

835 ANEXO ESQUEMA ANATÓMICO (opcional)

