



TLAXCALA

GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2016



**PROCURADURÍA
GENERAL DE JUSTICIA**

TLAXCALA 2011 - 2016

FORMATOS PROTOCOLO ANTE-MORTEM Y POST-MORTEM

Lic. Alicia Fragoso Sánchez

Procuradora General de Justicia del Estado de Tlaxcala

Febrero del 2012

REGISTRO ÚNICO DE PERSONAS DESAPARECIDAS

Fecha: _____ Hora: _____
Día Mes Año

Nombre del entrevistador: _____

Cargo: _____

Idioma o Dialecto durante la entrevista: _____

Nombre del intérprete: _____

Organización o Institución _____

Es la primera vez que visita el Servicio SI ___ NO ___ ¿Cuándo? Fecha: _____
Día mes año

DATOS DE LOS INFORMANTES

1 _____

Nombre/s _____ apellido paterno _____ apellido materno _____

Parentesco: Papá ___ Mamá ___ Hermano/a ___ Esposa ___ Hijo/a ___ Tío/a ___ Tutor ___

Concubina/o ___ Amistad: ___ otro (especifique): _____

Documento con el que se identifica: Credencial para votar ___ Licencia ___ Céd. Profesional ___

Pasaporte ___ Cartilla S.M. ___ Tarjetón ___ otro (especifique) _____

No. _____

Domicilio: _____

Calle _____ No. ext. _____ No. int. _____
Colonia _____ C.P. _____ Delegación _____

Teléfono _____ Celular: _____ Correo _____

2 _____

Nombre/s _____ apellido paterno _____ apellido materno _____

Parentesco: Papá ___ Mamá ___ Hermano/a ___ Esposa ___ Hijo/a ___ Tío/a ___ Tutor ___

Concubina/o ___ Amistad: ___ otro (especifique): _____

Documento con el que se identifica: Credencial para votar ___ Licencia ___ Céd. Profesional ___

Pasaporte ___ Cartilla S.M. ___ Tarjetón ___ otro (especifique) _____

No. _____

Domicilio: _____
Calle _____ No. ext. _____ No. int. _____

Colonia _____ C.P. _____ Delegación _____

Teléfono _____ Celular: _____ Correo _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA DAR, OIR Y RECIBIR INFORMES

1 _____

Nombre/s _____ apellido paterno _____ apellido materno _____

Parentesco: Papá _____ Mamá _____ Hermano/a _____ Esposa _____ Hijo/a _____ Tío/a _____ Tutor _____

Concubina/o _____ Amistad: _____ otro (especifique): _____

Documento con el que se identifica: Credencial para votar _____ Licencia _____ Céd. Profesional _____

Pasaporte _____ Cartilla S.M. _____ Tarjetón _____ otro (especifique) _____

No. _____

Domicilio: _____
Calle _____ No. ext. _____ No. int. _____

Colonia _____ C.P. _____ Delegación _____

Teléfono _____ Celular: _____ Correo _____

2 _____

Nombre/s _____ apellido paterno _____ apellido materno _____

Parentesco: Papá _____ Mamá _____ Hermano/a _____ Esposa _____ Hijo/a _____ Tío/a _____ Tutor _____

Concubina/o _____ Amistad: _____ otro (especifique): _____

Documento con el que se identifica: Credencial para votar _____ Licencia _____ Céd. Profesional _____

Pasaporte _____ Cartilla S.M. _____ Tarjetón _____ otro (especifique) _____

No. _____

Domicilio: _____
Calle _____ No. ext. _____ No. int. _____

Colonia _____ C.P. _____ Delegación _____

Teléfono _____ Celular: _____ Correo _____

DATOS DE LA PERSONA DESAPARECIDA

Género M _____ F _____

Nombre/s _____ apellido paterno _____ apellido materno _____

Apodo (alias): _____



Edad en el momento que se extravió _____ Edad Aparente. _____ Fecha de nacimiento _____
Día mes año

Nacionalidad: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Separado _____ Unión Libre _____

Nombre de la esposa o pareja: _____

Hijo Si _____ No _____ Anotar los Nombres y edades: _____

Embarazo al desaparecer Si _____ NO _____ Lo ignoran _____

Periodo de gestación estimado al tiempo de la desaparición _____ semanas _____ meses

Rumores sobre el nacimiento o localización del bebé SI _____ NO _____ Lo ignoran _____

Pormenores: _____

Domicilio actual o último del extraviado

Calle número exterior e interior _____

Colonia: _____ C.P. _____ Teléfono _____

Delegación/Municipio _____

Escolaridad: _____

Ocupación _____

Dirección del trabajo _____

Colonia: _____ C.P. _____ Delegación _____

Estado/municipio _____ Teléfono _____

Documento de identidad

Credencial IFE _____ Cartilla S.M. _____ Licencia _____ Tarjetón _____ Cartilla _____ Pasaporte _____

Otro (especifique): _____

No. _____

Antecedentes Judiciales:

Tiene Usted conocimiento si la persona que está reportando como desaparecido tiene antecedentes penales SI _____ NO _____

Mes _____ año _____ Delito _____ Centro de reclusión _____



DESCRIPCIÓN FÍSICA EXTERNA

Estatura: _____ cm. Peso: _____ Kg.

COMPLEXIÓN	COLOR DE PIEL	PARTICULARIDADES	CEJAS
Delgado _____	Blanca _____	Acné _____	Pobladas _____
Mediano _____	Morena Clara _____	Cxt. Acné _____	Regulares _____
Robusto _____	Morena Oscura _____	Manchas _____	Escasas _____
Obeso _____	Negra _____	Pecas _____	Depiladas _____
Atlético _____	Albino _____	Verrugas _____	Rasuradas _____
	Amarillo _____		

Observaciones: _____

Cejas y Ojos

MODIFICACIONES EN CEJAS:	COLOR DE OJOS	FORMA	TAMAÑO
Tatuadas _____	Café Claro _____	Redondo _____	Chicos _____
Teñidas _____	Café Oscuro _____	Alargados _____	Medianos _____
Perforadas D I	Negros _____	Otro: _____	Grandes _____
Pearcing _____	Azules _____		
Obliteradas _____	Verdes _____		
	Grises _____		

PARTICULARIDADES EN OJOS

Color Diferente D I	Falta ojo Der. D I
Catarata D I	Falta ojo izq. D I
Ciego D I	Lentes de Contactos D I
Bizco D I	Anteojos/gafas D I
Ojo de vidrio D I	Lente Intraocular D I

Observaciones: _____

Cabello

Tamaño:	Tipo:	Calvicie / alopecia	Color:
Corto _____	Lacio _____	Incipiente _____	Castaño claro _____
Mediano al hombro _____	Semiondulado _____	Frontal _____	oscuro _____
Largo _____	Ondulado _____	Coronal _____	Blanco/canoso _____
Rapado _____	Chino/Rizado _____	Tonsural _____	negro _____
	Crespo _____	Bilateral _____	Rubio _____
			Pelirrojo _____

Modificaciones:	Teñido: color	Corte tipo militar
Base Permanente _____	_____	_____
Alaciado _____	_____	Corte tipo mohicano _____
Mechas _____	_____	Tatuado _____
Extensiones _____	_____	
Trenzado _____	Peluca _____	Otro (especifique) _____
Rastas _____	Bisoñé _____	Color: _____

Observaciones: _____



Nariz:

Forma		Perforaciones		Traumatismo	
Chata	_____	Ala der.	_____	Pearcing	_____
Aguileña	_____	Ala izq.	_____	Obliterada	_____
Recta	_____	Punta	_____	Cirugía	_____

Vello facial

Región:	Volumen	Color	Modificaciones:	Corte o estilo	
Barba	_____	Poblada	_____	Castaño	_____
Bigote	_____	Escasa	_____	Negro	_____
Patilla	_____	Lampiño	_____	Rubio	_____
				Pelirrojo	_____
				Entrecano	_____
				Canoso/Blanco	_____
				Teñida: Color	_____
				Tatuada	_____
				Larga	_____
				Rasurada	_____
				Cerrada	_____
				De Candado	_____
				Depilada	_____

Observaciones: _____

Labios

Grosor		Mentón		Forma:		Modificaciones
Delgados	_____	Tatuados	_____	Saliente	_____	Perforaciones
Medianos	_____	Perforaciones	_____	Recto	_____	Pearcing
Gruesos	_____	Pearcing	_____	Retraído	_____	
Mixtos	_____	Cirugía	_____	Redondo	_____	
				Cuadrado	_____	
				En borla	_____	

Observaciones: _____

Pabellón Auricular

		Modificaciones		Orejas
Completos	_____	Perforadas	D I	Grandes
Incompletos	_____	Aretes	D I	Medianas
Prótesis auditiva	_____			Chicas

Observaciones: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Intervenciones Quirúrgicas

Apéndice _____
 Cesárea _____
 Circuncisión _____
 Vesícula _____
 Histerectomía _____
 Hernia _____
 Corazón _____
 Por fractura _____

Implantes

Piel _____
 Placa de osteosíntesis _____
 Corazón _____
 Tornillos _____
 Glúteos _____
 Mamas _____
 Marcapasos _____

Planificación

Ligadura _____
 DIU _____
 Vasectomía _____

Enfermedades

Esquizofrenia _____
 Mentales _____
 Diabetes _____
 Hipertensión _____

cirrosis _____
 Hepatitis _____
 Cáncer _____
 VIH _____

Dermatitis _____
 Herpes _____
 Soriasis _____
 Hongos _____

Adicciones

Alcohol _____
 Cigarro _____
 Drogas _____
 Cual? _____

Observaciones: _____

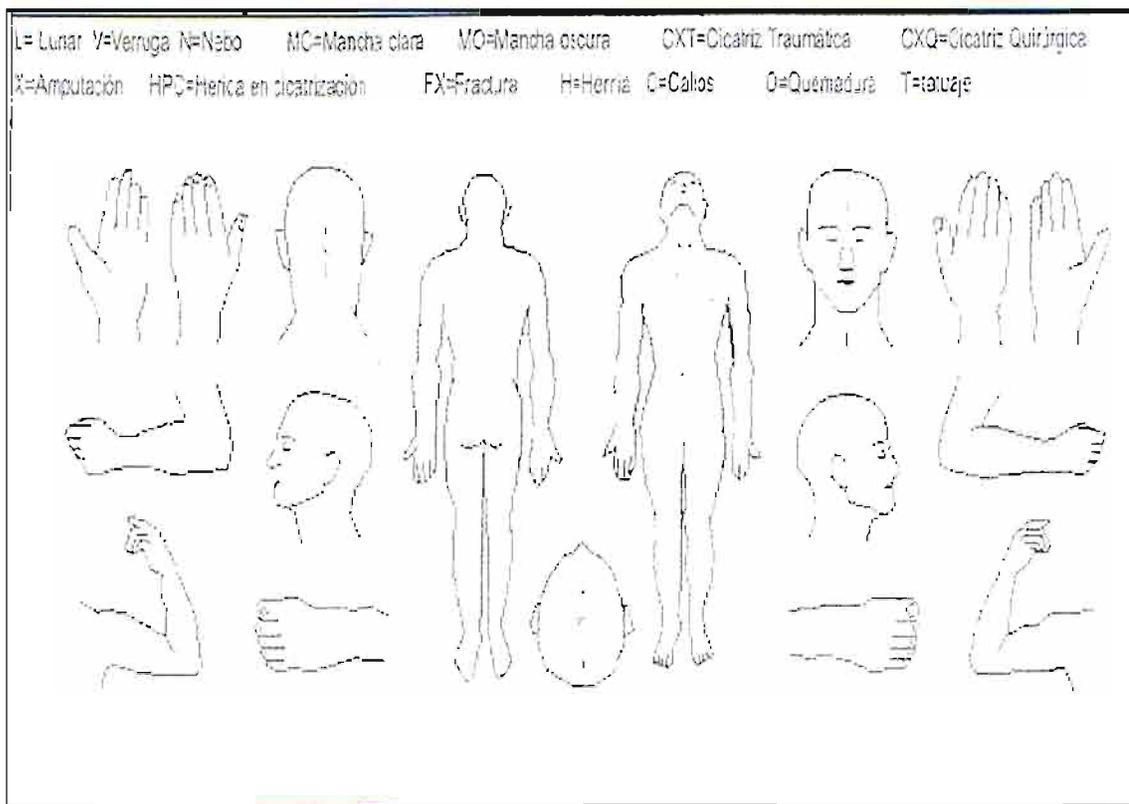
Medicamentos que toma: _____

Señas Particulares

Tipo	Ubicación y	Características
Cicatriz quirúrgica	_____	_____
Cicatriz traumática	_____	_____
Herida en cicatrización	_____	_____
Quemaduras	_____	_____
Amputaciones	_____	_____
Deformaciones	_____	_____
Acortamiento de pierna	_____	_____
Callosidades	_____	_____
Lunares	_____	_____
Pecas	_____	_____
Nevo	_____	_____
Verruga	_____	_____
Manchas	_____	_____
Vello Corporal	_____	_____
Estrías	_____	_____
Uñas mordidas	_____	_____
Uñas encarnadas	_____	_____
Uñas largas	_____	_____
Uñas Pintadas	_____	_____
Uñas postizas	_____	_____
Ausencia de uñas	_____	_____
Tatuajes	_____	_____
Otro	_____	_____
Describe	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Marcar particularidades de la región corporal

L=Lunar Y=Verruga N=Nabo MC=Mancha clara MO=Mancha oscura CXT=Cicatriz Traumática CXQ=Cicatriz Quirúrgica
 X=Amputación HPC=Herida en cicatrización FX=Fractura H=Herida C=Callos Q=Quemadura T=tatuaje



DATOS DENTALES

1 Su familiar tiene sus dientes:

Tamaño: Pequeños _____ Medianos _____ Grandes _____ Completos _____

2 sabe Ud. Si su familiar tuvo atención odontológica: SI _____ NO _____

3 Cual es el nombre, dirección y teléfono del Dentista que lo atendió

4 que tipo de tratamiento le realizaron:

Resina _____ amalgama _____ Sellador SF _____ Obturación temporal _____ Corona de metal _____

Corona estética _____ Carillas _____ Prótesis Fija _____ Prótesis removible _____ Prótesis Total _____

Bracket _____ Implante _____ Blanqueamiento dental _____ Endodoncia _____ Retenedor _____

Guarda _____ otro _____.

5 Sabe Ud. Si a su familiar le faltará algún diente:

Se lo extrajeron _____ lo perdió por un accidente _____ Lo perdió por enfermedad periodontal _____

Se le fracturo la corona _____ tiene el resto radicular _____.

Cuales dientes le faltan:

Dientes anteriores _____ Sup. _____ Inf. _____ Cuales: _____

Posteriores _____ Sup. _____ Inf. _____ Cuales: _____

6 Sabe Ud. Si a su familiar presenta:

Buena higiene _____ SI _____ NO _____ Mala higiene _____ Sarro _____ Gingivitis _____

Caries _____ SI _____ NO _____ (En donde describa):

Cavidad cariosa _____ SI _____ NO _____ (En donde describa):

Abscesos _____ SI _____ NO _____ (En donde describa).

7 Sabe Ud. Qué tipo de perfil tiene su familiar:

Recto _____ Cóncavo _____ Convexo _____

8 Al tener la boca cerrada su mordida se le veía:

Abierta _____ Cerrada _____ Cruzada _____

9 Su familiar tenía un mal hábito como:

Morderse las uñas _____ Morder algún objeto _____ Cual?

10 Al sonreír a su familiar se le veían los dientes:

Separados _____ girados _____ Apiñados _____

Marcar diagrama según edad



DOCUMENTOS, FOTOGRAFÍAS, RADIOGRAFÍAS Y MODELOS DE ESTUDIO PROPORCIONADOS

Historia clínica dental

Radiografías (anotar cuantas y cuales)

Fotografías (anotar cuantas y de que tipo)

Modelo de estudio

Nombre, cargo y firma del entrevistador

**GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS
POST MORTEM**

Infantil 0 a 5 años Joven 12 a 17 años
 Menor 6 a 12 años Adulto + de 18 años Código de estado

E Descripción física externa Esta parte será llenada por el médico, cuando no se cuenta con Antropólogo Forense.

1 Condición general del cadáver:
 Completo Incompleto Segmento corporal Bien preservado Descompuesto
 Quemado Carbonizado Osamenta completa Incompleta
 Describa: _____

1.1. Tiempo aproximado de muerte: _____

2 Sexo: M F **Metodo Utilizado:** _____
3 Estimacion de edad: _____ **Metodo Utilizado:** _____
4 Estatura: _____ cm **Metodo Utilizado:** _____
5 Peso: _____ Kg. **6 Pie der.:** _____ cm **Pie izq.:** _____ cm.

3 Complejión: **4 Color de piel:**
 Delgado Blanca Albino
 Mediano Morena Clara Amarillo
 Robusto Morena Oscura Otra (especifique) _____
 Obeso Negra
 Otro (especifique) _____

4 Cabello
4.1 Tamaño: Corto Mediano al hombro Largo Rapado No valorable
4.2 Tipo: Lacio Semiondulado Ondulado Chino/Rizado Crespo
4.3 Color: Castaño Claro Oscuro Negro Rubio Pelirrojo Entrecano Blanco/canoso No valorable
4.4 Modificaciones: Base/permanente Alaciado Mechas Corte tipo militar Extensiones Trenzado Rastas Corte tipo mohicano Tatuado Peluca Bisoñe Color: _____
4.5 Teñido: Color _____
4.5 Calvicie/alopecia: Incipiente Frontal Coronal Tonsural

5 Cejas: Pobladas Regulares Escasas Depiladas Rasuradas Tatuadas No valorable
5.1 Modificaciones: Teñidas: Color _____
 Perforaciones con pearcing: D I
 Sin pearcing Obliterada D I

6 Ojos
6.1 Color Café claro Café oscuro Negros Azules Verdes Grises No valorable
6.2 Particularidades: Lentes de contacto: Color: _____
 Lente intraocular: D I
 Ausencia del globo ocular: D I
 Prótesis ocular: D I
Patologías: _____

GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS

POST MORTEM

Infantil 0 a 5 años Joven 12 a 17 años
 Menor 6 a 12 años Adulto + de 18 años Código de estado

7 Nariz:

7.1 Forma
 Ancha
 Aguilena
 Recta

7.2 Particularidades
 Perforaciones: Punta
 Con pearcing: Ala der.
 Sin pearcing: Ala Izq.
 Obliterada

7.3 Traumatismos con desviación:
 D I

7.4 cirugía (especifique)

Observaciones: _____

8 Vello facial

8.1 Región:
 Barba
 Bigote
 Patilla

8.2 Color:
 Castaño
 Negro
 Rubio
 Pelirrojo
 Entrecano
 Canoso/Blanco
 No valorable:

8.3 Volumen:
 Abundante
 Lampiño

8.5 Corte o estilo:
 Cerrada
 Rasurada
 De candado
 Depilada
 Otro(especifique)

8.4 Modificaciones:
 Teñida
 Color: _____
 Tatuada

Observaciones: _____

9 boca:

9.1 Tamaño:
 Chica
 Mediana
 Grande

10 Labios:

10.1 Grosor
 Delgados
 Medianos
 Gruesos
 Mixtos

10.2 Modificaciones
 Tatuados
 Perforaciones
 Con pearcing
 Sin pearcing
 Obliterada
 No valorable

10.3 Región
 Superior D I
 Inferior D I

10.4 Cirugías/Patologías (especifique)

Observaciones: _____

10 Proyección del mentón:
 Saliente
 Retraído
 Recto

10.1 Modificaciones
 Perforación
 Con pearcing
 Sin pearcing
 Obliterada

10.2 Cirugía (especifique)

10.3 Patologías

11 Pabellón Auricular

Completos
 Incompletos

11.1 Modificaciones
 Perforaciones con arete/s:
 Con arete/s D I
 Sin arete/s D I
 Obliteraciones: D I
 Prótesis auditivas D I

11.2 Cirugía (especifique)

11.3 Patologías

12 Deformaciones:

Manos D I Describe: _____
 Pies D I Describe: _____
 Acortamiento de miembro pélvico: D I Describe: _____

Otros (Especifique): _____

GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS

POST MORTEM

Infantil 0 a 5 años
 Menor 6 a 12 años

Joven 12 a 17 años
 Adulto + de 18 años

Código de estado

F CONDICIÓN MEDICA

1 Intervenciones Quirúrgicas

Apéndice Histerectomía
 Cesárea Hernia
 Vesícula Corazón
 Otras (describa): _____

1.1 Heridas recientes (describa):

1.2 Fracturas antiguas: (describa)

2 Implantes

Piel Tornillos Otros (describa): _____
 Placa de osteosíntesis Glúteos _____
 Corazón Marcapasos _____
 Mamas

3 Enfermedades sistémicas

Cirrosis VIH Cáncer
 Otros (describa): _____

4 Enfermedades de la piel

Dermatitis: Herpes Soriasis Onicomycosis
 Otros (describa): _____

5 Probable hábito de:

Onicofagia En que dedos: _____

Indicio de uso de drogas describa: _____

6 Observaciones generales:

GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS

POST MORTEM

Infantil 0 a 5 años Joven 12 a 17 años
 Menor 6 a 12 años Adulto + de 18 años Código de estado

D Datos de vestimenta

Civil Formal Informal Deportivo Uniforme: Militar Marina Escolar
 Bebé Cadáver desnudo

1 Estado de la ropa

En buen estado Limpia Sucia Deterioradas Desgarradas No valorable
 Posición de las prendas: (Describir si los genitales están descubiertos)

2 Descripción de la ropa y calzado

2.1 Nombre de la prenda	2.2 Material	2.3 Color	2.4 Dibujo/bordado/franjas	2.5 Marca y origen	2.6 Talla

2.7 Descripción del calzado:

Tipo: _____ Modelo: _____ Color: _____ Marca: _____ Talla: _____

ACCESORIOS Y OBJETOS

3

Anteojos Bastón Reloj Anillos Collares Cadenas Medallas Pulsera
 Cinturón Bolsa Cartera Credenciales Tel. celular Tarjetas de crédito

Otros (especifique): _____

Descripción: _____

GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS

POST MORTEM

Infantil 0 a 5 años

Joven 12 a 17 años

Menor 6 a 12 años

Adulto + de 18 años

Código de estado

--	--	--	--	--	--	--	--

FOTOGRAFÍAS DE FILIACIÓN

FECHA: _____

FOTÓGRAFO: _____

DERECHO	FRENTE	PERFIL IZQUIERDO

GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS				Formato No.: _____										
POST MORTEM														
Infantil 0 a 5 años	<input type="checkbox"/>	Joven 12 a 17 años	<input type="checkbox"/>											
Menor 6 a 12 años	<input type="checkbox"/>	Adulto + de 18 años	<input type="checkbox"/>	Código de estado <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>										

FOTOGRAFÍAS DE SENAS PARTICULARES
FECHA:
FOTOGRAFO:

AB.	SIGNIFICADO	SIMBOLO	COLOR	AB.	SIGNIFICADO	SIMBOLO	COLOR
AC	AUSENTE DE LA CAVIDAD (Cuando la pieza no se encuentra presente en la cavidad oral, como 3° molares y laterales pueden ser por anodoncia o por estar impactados, se corroborará con radiografía)		ROJO	PC	PREPARACION DE CAVIDAD (Se dibuja el contorno de la cara o caras que abarque)		AZUL MARINO
AM	AUSENTE ANTE MORTEM (Cuando la pieza fue extraída y el proceso está regenerado)		ROJO	CTE	CORONA TOTAL ESTETICA (En la Interpretación Especificar el material Porcelana o Acrílico)		MARINO AZUL
PM	AUSENTE POST MORTEM (Cuando la pieza se salió del alveolo sin haber fractura y no se encuentran en la cavidad oral)		ROJO	CP	CARILLA PORCELANA (Se ilumina la cara labial y el tercio incisivo palatino)		MARINO AZUL
AFX	AUSENTE POR FRACTURA (Cuando la pieza se perdió por un traumatismo, existiendo fractura ósea y no se encuentran en la cavidad oral)		ROJO	CTM	CORONA TOTAL METAL (Se ilumina toda la corona, en caso de ser de metal dorado se pone un * y se especifica en la interpretación)		MARINO AZUL
AVUL	AVULSIONADO (Cuando la pieza se encuentra fuera del alveolo, se anotan las características que presente y se marca con rojo el alveolo)		ROJO	C 1-4	CORONA TRES CUARTOS (Se ilumina el contorno de las caras incisal, mesial y distal)		MARINO AZUL
RR	RESTO RADICULAR (Cuando la corona clínica se perdió y solo queda la raíz)		ROJO	C 4-5	CORONA CUATRO QUINTOS (Se ilumina el contorno de las caras incisal, mesial, distal y cervical)		MARINO AZUL
A	AMALGAMA (Se iluminan las caras donde se encuentra la amalgama)		AZUL	PT	PROTESIS TOTAL (Se iluminan los dientes y el proceso alveolar)		MARINO Y ROSA AZUL
R	RESINA (Se iluminan las caras donde se encuentra la resina)		AZUL	PR	PROTESIS REMOVIBLE (Se se iluminan los ponticos y el proceso si tiene acrílico, si tiene metal se marca en la parte lingual o palatina)		MARINO Y ROSA AZUL
I	INCRUSTACION (Se iluminan las caras donde se encuentra la amalgama)		AZUL	G	GANCHO (Se ilumina el contorno del gancho sobre la cara donde se encuentran)		MARINO ROJO Y AZUL
OT	OBTURACION TEMPORAL (Se iluminan las caras donde se encuentra la amalgama)		AMARILLO	SF	SELLADOR DE FOSETA Y FISURAS (Se ilumina las fosetas y fisuras)		MARINO AZUL
AB.	SIGNIFICADO	SIMBOLO	COLOR	AB.	SIGNIFICADO	SIMBOLO	COLOR
MUN	MUNON (Se dibuja el muñon)		AZUL MARINO		BRACKETTS (En el caso que presente la aparatologias se dibujan los bracketts, bandas, arcos o ligaduras y se describe en la interpretación) Se utiliza cuando se encuentran:		
PF	PROTESIS FIJA (Se marcan las ausencias y se ilumina las coronas, se pone un asterisco en caso de que sea estética o de metal y en la interpretación se indica si es porcelana o acrílico o provisional, o metal plateado o dorado)		MARINO	*	abrasiones, necrosis, hipoplasias, pigmentaciones, dientes supernumerarios etc.		
C	CARIES (Se ilumina la cara donde se encuentre)		ROJO	SE	SIN ESPACIO (Se marca con una flecha el cierre de espacio)		AZUL MARINO AZUL
CC	CAVIDAD CARIOSA (Se iluminan las caras que abarque)		ROJO		MALPOSICIONES (Hacia LABIAL O VESTIBULAR, LINGUAL O PALATINO, MESIAL O DISTAL, la flecha se marca dentro de la raíz del diente)		MARINO
FNE	FRACTURA DEL ESMALTE (Se marca una línea ondulada)		ROJO Y AZUL MARINO		INTRUSION E EXTRUCCION (Se marca la flecha por debajo de la raíz)		
FXC	FRACTURA DE LA CORONA (Se marca una línea ondulada hasta el tercio que abarque)		ROJO Y AZUL MARINO	*	DIENTE SUPERNUMERARIO (Se dibuja entre los dientes en que se encuentra)		
*	NECROSIS PULPAR (Se iluminan la coronal)		GRIS	AMOR	AMORFO (Cuando el diente no tiene la anatomía normal)		
	ABRASION (Abrasión se registra con * y se dibuja sobre la cara en donde se encuentre y se ilumina)		AZUL CIELO	M	MOVILIDAD (Solo se escribe la inicial y en la interpretación se anota el grado)		

ERUP	ERUPCIONADO (so marca con que parte de la encía cubre a la corona clínica)		ROJO	FXO	FRACTURA ÓSEA		ROJO
AB	SIGNIFICADO	SIMBOLO	COLOR	AB	SIGNIFICADO	SIMBOLO	COLOR
DO	DESGASTE OCLUSAL		AZUL		SARRO (Se ilumina en las caras donde se encuentre)		CAFE
DI	DESGASTE INCISAL		CIELO AZUL		HIPERPLASIA DE TEJIDOS BLANDOS (Se marca sobre las caras de los dientes hasta donde se presente)		VERDE
]]	DIASTEMA (Se dibuja una corcheta abierta entre las piezas en donde se encuentre el diastema)		CIELO AZUL		GINGIVITIS Se marca en la zona en que se encuentre siguiendo el contorno de los dientes		ROJO
			MARINO		RECESION GINGIVAL (Se marca sobre la raíz del diente hasta donde llegue la encía)		MARRON

GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS POST MORTEM

Infantil 0 a 5 años <input type="checkbox"/>	Joven 12 a 17 años <input type="checkbox"/>		
Menor 6 a 12 años <input type="checkbox"/>	Adulto + de 18 años <input type="checkbox"/>	Código de estado	<input type="text"/>
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Metodo empleado (en caso de esqueletizados u osamentas): _____	
Estimación de edad: _____		Metodo empleado: _____	

Esta parte será llenada por el médico, cuando no se cuente con Odontólogo Forense.

CARACTERÍSTICAS DENTAL

1 DENTICIÓN INFANTIL (Anotar las indicales en los recuadros y Marcar las patologías, alteraciones, tratamientos, etc preferentemente utilizar colores)
(Utilizar hoja de anotaciones dentales para el llenado)

	<input type="checkbox"/>										
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
Max.											Max
Derecho											Izquierdo
Mad.											Mand.
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
	<input type="checkbox"/>										

- C= Caries (rojo)
- R= Resina (azul marino)
- &=Amalgama (azul marino)
- SF= Sellador de fosetas y fisuras (azul marino)
- CTM= Corona total metal (azul marino)
(anotar el color del metal)
- CTE= Corona total estética (azul marino)
- X=Ausencias (rojo)
- RR=// Resto radicular (rojo)
- DI=Desgaste incisal (azul cielo)
- DO=Desgaste oclusal (azul cielo)
- ERUP= Erupcionando
- Malposiciones (marcar con flechas) (azul marino)
-][Diastemas (azul marino)
- Recesión gingival (naranja)
- Sarro (naranja)

OBSERVACIONES

Fecha de elaboración: _____

Nombre y firma del perito: _____

**GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS
POST MORTEM**

Infantil 0 a 5 años <input type="checkbox"/>	Joven 12 a 17 años <input type="checkbox"/>									
Menor 6 a 12 años <input type="checkbox"/>	Adulto + de 18 años <input type="checkbox"/>	Código de estado <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>								

FICHA DE CADACTILAR

NOMBRE: _____ DESTINO: _____
 FECHA: _____ SEXO: _____ EDAD: _____ FECHA: _____
 EXP.: _____ AV. PREVIA: _____ CASO: _____
 OBSERVACIONES: _____

PULGAR	IZQUIERDO	INDICE	PERITO	INDICE	DERECHO	PULGAR

ANVERSO

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL SERVICIO MEDICO FORENSE	SERIE					
	SECCIÓN	PULGARES	INDICES	MEDIOS	ANULARES	MENIQUES

REVERSO

GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS
POST MORTEM

Formato No.: _____

Infantil 0 a 5 años
Menor 6 a 12 años

Joven 12 a 17 años
Adulto + de 18 años

Código de estado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES

FECHA:

FOTÓGRAFO:

GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS

POST MORTEM

Infantil 0 a 5 años Joven 12 a 17 años
 Menor 6 a 12 años Adulto + de 18 años Código de estado

Sexo: M F Método empleado (en caso de esqueletizados u osamentas) _____
 Estimación de edad: _____ Método empleado: _____

Esta parte será llenada por el médico, cuando no se cuente con Odontólogo Forense.

CARACTERÍSTICAS DENTAL

1 DENTICIÓN ADULTA (Anotar las iniciales en los recuadros y Marcar las patologías, alteraciones, tratamientos, etc preferentemente utilizar colores).
(Utilizar hoja de anotaciones dentales para el llenado)

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Max.																	Max
Derecho																	Izquierdo
Mad.																	Mand.
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

- C= Caries** (rojo)
- R= Resina** (azul marino)
- &=Amalgama** (azul marino)
- I= Incrustación** (azul marino)
(Anotar si es de metal o estética)

- CTM= Corona total metal** (azul marino)
(anotar el color del metal)
- CTE= Corona total estética** (azul marino)
- PF=Prótesis Fija** (azul marino)
- PR=Prótesis Removible** (azul marino)
- PT=Prótesis Total** (azul marino)

- X=Ausencias** (rojo)
- RR=// Resto radicular** (rojo)
- DI=Desgaste Incisal** (azul cielo)
- DO=Desgaste oclusal** (azul cielo)
- Malposiciones**
(marcar con flechas) (azul marino)

-]] Diastemas** (azul marino)
- Recesion gingival** (naranja)
- Sarro** (café)

OBSERVACIONES

Fecha de elaboración: _____

Nombre y firma del perito: _____

GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS**POST MORTEM**

Infantil 0 a 5 años Joven 12 a 17 años
 Menor 6 a 12 años Adulto + de 18 años Código de estado

DATOS DEL INGRESO DEL CADAVER

Ingresó como: _____

Sexo: Masculino Femenino Indeterminado Edad Ministerial No valorable

DATOS DEL EGRESO DEL CADAVER

Método como se identifica: Dactiloscopia Genética Odontología Señas Particulares MP

Reclamado por: Familiar Tutor Amistad Otro (especifique): _____

Nombre/s _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: _____
día mes año

Estado civil.

Soltero Casado Divorciado Unión Libre Viudo Otro (especifique) _____

Educativa: _____

Ocupación: _____

Documento de Identidad del cadáver:

Credencial IFE Cartilla Licencia Tarjetón Cartilla Pasaporte No Tiene

No. _____

Entregado a: Familiares directos Tutor Amistad Otro (especifique): _____

Nombre/s _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Nombre/s _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Domicilio: _____

Calle _____ No. Exterior _____

Colonia _____ CP _____ Delegación o Municipio _____

Estado/Localidad: _____

Teléfono/s: _____

Documento de Identidad del reclamante:

Credencial IFE Cartilla Licencia Tarjetón Cartilla Pasaporte

No. _____

Autoridad que Autoriza la entrega:

Nombre: _____

Cargo: _____

Destino:

Panteón civil _____ Fosa _____ Lote _____ Nivel _____ Fecha ____/____/____
Nombre día mes año

Universidad/Escuela Médica: _____ Registro: _____ Fecha: ____/____/____
Nombre día mes año

**GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS
POST MORTEM**

Infantil 0 a 5 años
Menor 6 a 12 años

Joven 12 a 17 años
Adulto + de 18 años

Código de estado

--	--	--	--	--	--	--	--

G GENETICA

1. Tomas biológicas

- Sangre en papel FTA Indique de que parte es la toma: _____
- Músculo Indique de que parte es la toma: _____
- Tejido en bloque de cera Indique de que parte es la toma: _____
- Hueso Indique de que parte es la toma: _____

H RADIOGRAFÍAS TOMADAS AL CADÁVER

TIPO	DESCRIPCIÓN
DENTALES	

--	--

TÓRAX

--	--

MIEMBROS SUPERIORES

--	--

MIEMBROS INFERIORES

--	--

CRÁNEO

--	--

MANO

--	--

OTRAS

--	--

GESTIÓN DE CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS NO IDENTIFICADOS

POST MORTEM

Infantil 0 a 5 años

Joven 12 a 17 años

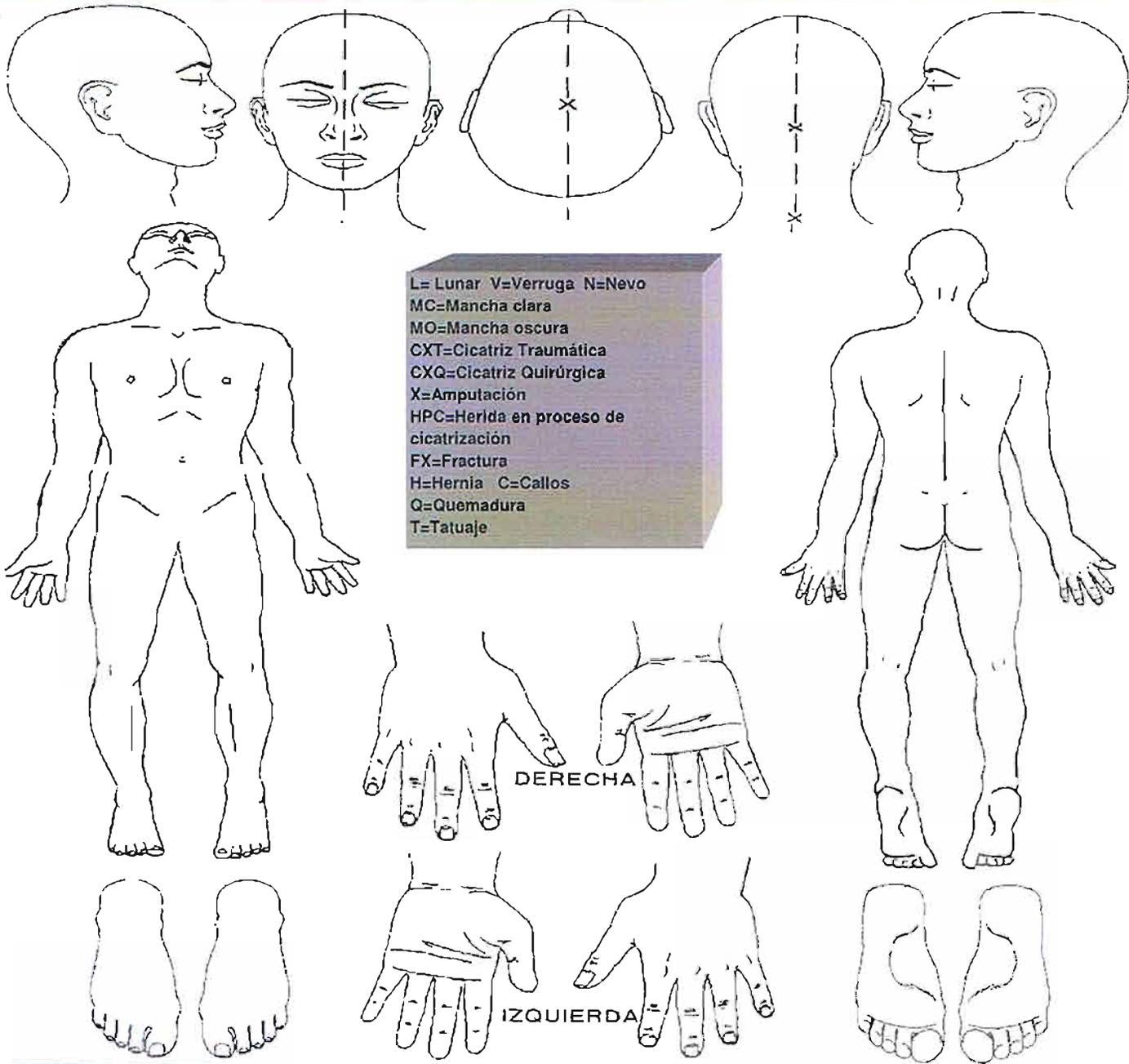
Menor 6 a 12 años

Adulto + de 18 años

Código de estado

--	--	--	--	--	--	--	--

13 Particularidades en la región corporal Marcar o dibujar



Describe:

Nombre y Firma del Perito _____