

ANEXO I
FORMULARIO DE REMISIÓN DE MUESTRAS AL
INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES

SOLICITANTE	
PROCEDIMIENTO JUDICIAL <input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO NO JUDICIAL <input type="checkbox"/>
Órgano de la Admon. de Justicia:	
Tipo de Referencia:	
Referencia:	
<input type="checkbox"/> Instituto de Medicina Legal	<input type="checkbox"/> Cuerpo Nacional de Policía
<input type="checkbox"/> Guardia Civil	<input type="checkbox"/> Otro
Institución remitente:	
Unidad/Servicio:	
Referencia remitente:	
Responsable solicitud:	

DATOS DEL ASUNTO
Resumen (indicar si hubo envíos de muestras de este asunto con anterioridad):

TIPOS DE ESTUDIO (Introducir los códigos)	
Tipos de Asunto	Tipos de Estudio / Tipos de Procedimiento

CADENA DE CUSTODIA				
Nombre/Documento de identidad/ Organismo	Fecha	Hora	Actividad de custodia sobre las muestras	Firma

..... a de de

FIRMA EL MÉDICO FORENSE / RESPONSABLE SOLICITUD

Nombre:

Teléfono:

Referencia:

Hoja de

Formulario de remisión de muestras al INTCF

SUJETO/S DEL ESTUDIO Nº de	
Rol:	Información rol: Identificado: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Apellidos:	
Nombre:	
Ref. indocumentado: Documento de identidad:	
Sexo: Fecha Nacimiento: Profesión:	
Edad: <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Sem. Gestación Nacionalidad:	
Grupo poblacional: <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico Otro:	
Actividad desarrollada en el momento de los hechos:	
Relación con otro individuo: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Fallecido: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Fecha y Hora aprox.: Suceso: Muerte: Autopsia:	
Lugar de los hechos/Hallazgo del cuerpo:	
Presumible etiología médicolegal:	
Posible causa:	
Datos macroscópicos (incluir peso y talla):	
Resultados de los análisis ya realizados en otros laboratorios:	
Datos de la historia clínica y tratamiento intro / extra hospitalario:	
En investigaciones toxicológicas, especificar los POSIBLES TÓXICOS (nombre comercial y/o composición) implicados en el asunto: <input type="checkbox"/> Alcohol etílico <input type="checkbox"/> Carboxihemoglobina <input type="checkbox"/> Medicamentos (Especificar) <input type="checkbox"/> Drogas (Especificar) <input type="checkbox"/> Otros (Especificar)	
Indicios de criminalidad y otros datos de interés:	

ACCIDENTE (Indicar tipo: tráfico y/o laboral y/o deportivo y/o casual, etc...):	
Fecha y Hora accidente:	(*) Festivo: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
(*) En caso de Acc. de Tráfico se considera festivo a partir de las 22:00 horas del día anterior al festivo (incluidos sábados) hasta las 8 horas del día siguiente.	
Ha sido ingresado/a en Hospital: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Se tomo muestra al ingresar en el Hospital: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Persona accidentada: <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Acompañante	Otro:
Tipo de vehículo: <input type="checkbox"/> Coche <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Moto	Otro:
Mecanismo lesivo: <input type="checkbox"/> Aplastamiento <input type="checkbox"/> Sumersión <input type="checkbox"/> Electrocutión <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Incendio	
<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Precipitación	Otro:
Tratamiento recibido en asistencia sanitaria:	

Referencia:

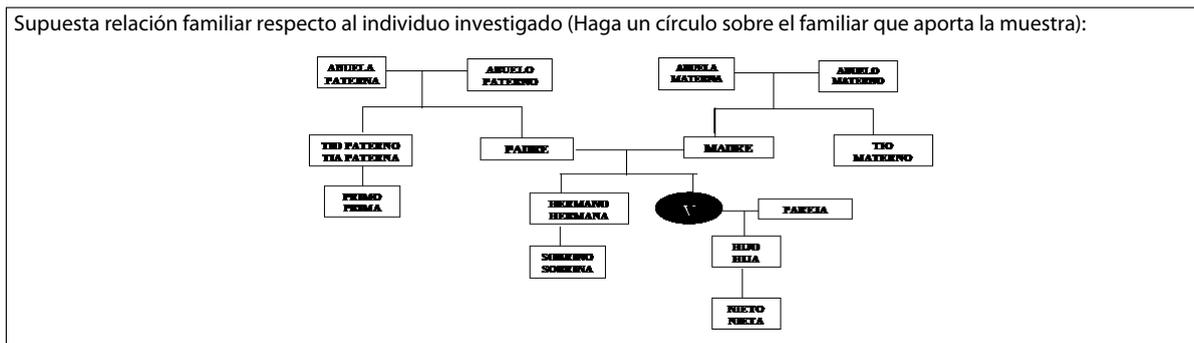
Hoja de

Formulario de remisión de muestras al INTCF

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN DE DELITO CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL	
CONDUCTAS RELACIONADAS CON EL DELITO.	
Penetración:	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Introduc. objetos:	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/> Felación/Cunnilingus <input type="checkbox"/> Tocamientos <input type="checkbox"/> Mordeduras <input type="checkbox"/>
No especificado antes:	
DATOS DE LOS HECHOS.	
Lugar de los hechos:	
Fecha hechos:..... Hora hechos: Fecha toma muestras: Hora toma muestras:	
Tiempo estimado entre los hechos y la toma (cuando no se conocen con exactitud):	
Nº Agresores:	¿Se recoge la ropa que vestía en el momento de los hechos?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿Hubo uso de preservativos?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
¿El o los agresores están vasectomizados o son azoospermicos?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
¿Hubo eyaculación?: <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> Exterior	¿La víctima se lavó antes del reconocimiento?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿Hay presencia de sangre?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
¿Se encontraba bajo los efectos de alguna sustancia química?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Posible/s sustancia/s:	
Relaciones sexuales próximas a la agresión (Especificar tipo, fecha, hora,...):	
Relación entre víctima y presunto agresor:	
Datos del reconocimiento ginecológico que puedan ser de interés (incluir fecha de la última regla y duración de la misma):	
Otros datos que se consideren de interés:	

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN DE FILIACIÓN (*)	
DATOS PERSONALES.	
Apellidos:
Nombre:
Documento de identidad:
Lugar de nacimiento:
Provincia de residencia:
Lugar de nacimiento del padre:
Lugar de nacimiento de la madre:
Lugar de nacimiento abuelos paternos:
Lugar de nacimiento abuelos maternos:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.
Enfermedades personales de interés:
Enfermedades familiares de interés:
Otros datos de interés:
¿Ha recibido transfusiones de sangre?: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Trasplantes?: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No



Se dispone de otro documento de consentimiento informado.

Manifiesto mi conformidad con los datos que se recogen en este formulario y consiento y confirmo que se ha procedido a la toma de muestra biológica con el fin de realizar un análisis de ADN a efectos exclusivos de investigación de paternidad.

..... a de de

Firma

Nombre del firmante:

(*) Adjunte tantas copias de esta hoja como individuos participen en la investigación.

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN MEDIOAMBIENTAL EN VERTIDOS	
Procedencia:	
<input type="checkbox"/> Vertido de aguas residuales urbanas	Nº habitantes: Sistema de tratamiento: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Funciona: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
<input type="checkbox"/> Vertidos industriales	Tipo de industria:
<input type="checkbox"/> Vertidos agrícolas y ganaderos	Productos utilizados:
<input type="checkbox"/> Otros vertidos	Sistema de tratamiento: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Funciona: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Medio receptor: <input type="checkbox"/> Cauce <input type="checkbox"/> Embalse <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Terreno	
Emplazamiento:	

Muestra nº de		Hora del muestreo:	
Identificación del punto de muestreo:	<input type="checkbox"/> Vertido <input type="checkbox"/> DPH <input type="checkbox"/> Suelo <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Otro	UTMX:	UTMY:
		HUSO:	
Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> Puntual <input type="checkbox"/> Otras			
PARÁMETROS IN SITU:			
pH:	Conductividad a 20°C (uS/cm):	Caudal instantáneo (L/s):	Tª agua (°C):
		Tª ambiente (°C):	
		Oxígeno disuelto:	

Muestra nº de		Hora del muestreo:	
Identificación del punto de muestreo:	<input type="checkbox"/> Vertido <input type="checkbox"/> DPH <input type="checkbox"/> Suelo <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Otro	UTMX:	UTMY:
		HUSO:	
Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> Puntual <input type="checkbox"/> Otras			
PARÁMETROS IN SITU:			
pH:	Conductividad a 20°C (uS/cm):	Caudal instantáneo (L/s):	Tª agua (°C):
		Tª ambiente (°C):	
		Oxígeno disuelto:	

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN MEDIOAMBIENTAL EN RESIDUOS	
Procedencia:	
<input type="checkbox"/> Depositado a la intemperie <input type="checkbox"/> Recinto cerrado	
Contenido en recipientes: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Tipo de recipiente:	Cantidad o nº de envases:
Otros datos de interés:	

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN MEDIOAMBIENTAL EN SUELOS CONTAMINADOS	
Procedencia:	
Etiología de la contaminación:	
Uso del suelo: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Ganadero <input type="checkbox"/> Otro	
Medios afectados: <input type="checkbox"/> Aguas subterráneas <input type="checkbox"/> Aguas superficiales	
Otros datos de interés:	

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN MEDIOAMBIENTAL EN INCENDIOS	
Procedencia:	
<input type="checkbox"/> Vivienda habitual <input type="checkbox"/> Nave industrial <input type="checkbox"/> Centro comercial <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Monte/Bosque <input type="checkbox"/> Otro	
Fecha del incendio:	
Condiciones atmosféricas (en la toma de muestras).	
Temperatura:..... Lluvia: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Otras:	

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN MEDIOAMBIENTAL EN FAUNA		
Procedencia:		
<input type="checkbox"/> Finca agrícola <input type="checkbox"/> Coto de caza <input type="checkbox"/> Parque natural <input type="checkbox"/> Recinto urbano <input type="checkbox"/> Otros		
CEBOS.		
Sospecha del producto:		
Plaguicidas de uso habitual en la zona:		
COORDENADAS. UTMX:..... UTM Y:..... HUSO:		
ESPECIES AFECTADAS. <input type="checkbox"/> Mamífero <input type="checkbox"/> Ave <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tiempo estimado de la muerte de la especie afectada:		
Sospecha del producto venenoso:		
OTROS CASOS DE ENVENENAMIENTO EN LA ZONA.		
Fecha	Producto	Especie

CROQUIS DEL MUESTREO MEDIOAMBIENTAL	

MUESTRAS PARA ESTUDIO			
Nº	Identificación	Tipo de Muestra	Descripción / Observación / Fecha y hora de la toma
1			
		Origen:	Estudio solicitado:
Conservante/Anticoag.:			
2			
		Origen:	Estudio solicitado:
Conservante/Anticoag.:			
3			
		Origen:	Estudio solicitado:
Conservante/Anticoag.:			
4			
		Origen:	Estudio solicitado:
Conservante/Anticoag.:			
5			
		Origen:	Estudio solicitado:
Conservante/Anticoag.:			
6			
		Origen:	Estudio solicitado:
Conservante/Anticoag.:			
7			
		Origen:	Estudio solicitado:
Conservante/Anticoag.:			
8			
		Origen:	Estudio solicitado:
Conservante/Anticoag.:			
9			
		Origen:	Estudio solicitado:
Conservante/Anticoag.:			
10			
		Origen:	Estudio solicitado:
Conservante/Anticoag.:			
Observaciones de interés sobre el mantenimiento previo al envío:			

Adjunte cuantas hojas precise según el nº de muestras que remita.

Referencia:

Hoja de

Formulario de remisión de muestras al INTCF

MUESTRAS PARA ESTUDIO DE ESTUPEFACIENTES PROCEDENTES DE ALIJOS Y OTRAS SUSTANCIAS			
Descripción del alijo (Incluir características externas, peso bruto y embalaje):			
Sustancia/s sospechada/s (Drogas, precursores, adulterantes...):			
Posible procedencia y ruta del alijo:			
¿Se envía todo el alijo?: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Método de muestreo utilizado: <input type="checkbox"/> Hipergeométrico <input type="checkbox"/> Bayesiano <input type="checkbox"/> Recomendado por las Naciones Unidas			
Observaciones sobre el muestreo:			
Nº	Identificación	Presentación de la muestra (Fardo, tabletas, papelinás, viales...)	Sustancia/s sospechada/s. Observaciones
1			
		Peso bruto (en gramos):	
2			
		Peso bruto (en gramos):	
3			
		Peso bruto (en gramos):	
4			
		Peso bruto (en gramos):	
5			
		Peso bruto (en gramos):	
6			
		Peso bruto (en gramos):	
7			
		Peso bruto (en gramos):	
8			
		Peso bruto (en gramos):	
9			
		Peso bruto (en gramos):	
10			
		Peso bruto (en gramos):	
Observaciones de interés sobre el mantenimiento previo al envío:			

Adjunte cuantas hojas precise según el nº de muestras que remita.

Referencia:

Hoja de

Formulario de remisión de muestras al INTCF