



NamUs - Caso de Persona Desaparecida - Formulario para Entrada de Datos

Información de Caso:

Nombre de la Persona Desaparecida: _____
Primer Segundo Apellido

Nombre de Soltera: _____ Apodo(s): _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de Nacimiento: _____

Número NCIC: _____ Número NCMEC: _____

Última Fecha de Contacto: ____ / ____ / ____ Edad cuando Desapareció: ____ a ____ Años

Raza (marque uno): ____ Caucásico ____ Afroamericano ____ Otra
____ Nativo Americano ____ Asiático/Isleño del Pacífico ____ Inseguro

Etnia (si aplica): ____ Hispano/Latino ____ Otra

Raza/Etnicidad Notas: _____

Sexo (marque uno): ____ Masculino ____ Femenino

Estatura: ____ a ____ pulgadas Peso: ____ a ____ libras

Tipo de Sangre (marque uno): ____ O+ ____ O- ____ A+ ____ A- ____ B+ ____ B- ____ AB+ ____ AB-

Circunstancias:

Tipo de Dirección (marque uno): ____ Dirección ____ Intersección ____ Otro

Última Localidad Conocida del Desaparecido(a): _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Acto Delictivo (marque uno): ____ Si ____ No ____ Inseguro

Las Circunstancias de la Desaparición: _____

Transacciones Financieras: _____

Física / Médico:

Color de Cabello (marque uno): Castaño Negro Blanco Arenoso
 Pelirrojo/Rojizo Azul Verde Púrpura
 Naranja Rosa Rubio / Fresa
 Gris/Canoso Inseguro o Completamente Calvo

Descripción del cabello: _____

Descripción de Vello corporal: _____

Descripción de Vello facial: _____

Color de ojos: Negro Izquierdo Derecho Azul Izquierdo Derecho
(marque el color de cada ojo) Castaño Izquierdo Derecho Gris Izquierdo Derecho
 Verde Izquierdo Derecho Avellana Izquierdo Derecho
 Granate Izquierdo Derecho Rosa Izquierdo Derecho
 Tuerto Izquierdo Derecho
 Inseguro Izquierdo Derecho

Descripción de ojos: _____

Indique aquí si usted sabe de características descriptivas adicionales: _____

Marque lo que Corresponda: Amputaciones Deformidades
 Cicatrices / Marcas Tatuajes
 Perforación Partes Artificiales del Cuerpo
 Uñas (Pies/Manos) Otras Características Distintivas

Describir cada una de las características anteriores: _____

Médica: Implantes Médicos Objetos Extraños Órgano Ausente
(marque lo que corresponda) Información Esquelética Cirugía Previa Medicaciones
 Drogas de Abuso Padecimientos Médicos Adicionales
 Alergias Conocidas Condiciones Médicas/Trastornos

Describa cada una de las características anteriores: _____

Ropa y Accesorios:

Ropa: _____

Calzado: _____

Joyería: _____

Gafas: _____

Accesorios: _____

Comunicación Electrónica:

Número(s) de Teléfono Celular(es): _____

Número(s) de Localizador _____

Correo Electrónico / Nombre de Usuario / Historia de Internet: _____

Métodos de Transporte:

Año del Vehículo: _____ Marca de Vehículo: _____ Modelo de Vehículo: _____

Estilo de Vehículo: _____ Color: _____

Número de Placa del Vehículo: _____ Número de Identificación del Vehículo: _____

Información de Aerolínea / Autobús: _____

Comentarios: _____

Contactos Adicionales:

Relación: _____ Descripción: _____

Nombre: _____

Primer

Segundo

Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Comentarios: _____

Información de Huellas Dactilares:

___ Información de Huellas Dactilares está Disponible (explique) _____

___ Información de Huellas Dactilares no está Disponible

Comentarios: _____

Información de ADN:

Disponibilidad de ADN (marque uno): Muestra Actualmente No Disponible Muestra Sometida, No Completa
 Inseguro Completa
 Muestra Disponible, Aun No Sometida

Relación del Donante a la Persona Desaparecida Madre Padre Hermano
 Hermana Hijo Hija
 Persona Desaparecida Otro: _____

Muestra Enviada al: (marque uno) Laboratorio de Arizona DPS Laboratorio del FBI
 Bode Tecnología Laboratorio de LSU Faces
 Departamento de Justicia de California Médico Forense de Nueva York
 Laboratorio del Estado de Connecticut
 Universidad de North Texas Health Science Center
 Otro: _____

Tipo de Perfil(es) Disponibles (marque todo lo que aplica): STR Y-STR mtDNA

Número de Referencia de Muestra: _____ ORI del Laboratorio: _____

Comentarios: _____

Información Dental:

Registros Dentales Disponibles (marque todo lo que aplica):

Rayos X / Radiografías Moldes Frenos
 Fotografías Dientes Infantiles/Dientes Primarios Retenedor
 Empastes/Coronas Dentadura Postiza Implantes
 Mandíbula Superior, Dientes Ausentes Mandíbula Inferior, Dientes Ausentes Puentes
 Endodoncia

Códigos Dentales NCIC Disponibles para Entrada: Sí (adjunte el formulario de codificación dental) No

Comentarios Dentales: _____

Nombre de Dentista: _____

Dirección de Dentista: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Información de la Agencia Investigadora:

Investigador/Contacto: _____

Agencia: _____

Jurisdicción (marque uno): Local Condado Estado Federal

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Número de Caso: _____ Fecha Registrado: _____ / _____ / _____

Comentarios: _____

Información Adicional de la Agencia de Investigación (si aplica):

Investigador/Contacto: _____

Agencia: _____

Jurisdicción (marque uno): Local Condado Estado Federal

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Número de Caso: _____ Fecha Registrado: _____ / _____ / _____

Comentarios: _____

Utilice este Espacio para Cualquier Información Adicional que Desea Proporcionar:
