



PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

LAS ÁREAS SOMBRADAS EN CELESTE DEBEN SER LLENADAS EN EL LUGAR DEL HECHO.

APELLIDO Y NOMBRE:

CARGO:

FIRMA:

1 ENTIDAD INSTRUCTORA

POL. FED.  POL. PROV.  PREFECTURA  GENDARMERÍA OTRO:

2 UBICACIÓN TEMPORAL

SI PERTENECE A UNA DIVISIÓN POLICIAL EN PARTICULAR, POR FAVOR ESPECIFIQUE:

FECHA: / /

N° SUMARIO POLICIAL:

DEPENDENCIA:

HORA: :

N° EXPEDIENTE JUDICIAL:

UNIDAD REGIONAL:

3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA

POSICIÓN GEORREFERENCIAL: LATITUD

LONGITUD

PROV:

GOBIERNO LOCAL:

CÓDIGO DE GOBIERNO LOCAL:

CIUDAD/ LOCALIDAD:

ZONA:

RURAL  URBANA

CALLE

AVENIDA

AUTOVÍA

AUTOPISTA

CAMINO

RUTA NACIONAL

RUTA PROVINCIAL

NOMBRE/ NÚMERO

Y/ENTRE:

CALLE 1

CALLE 2

KM./ ALTURA

4 N° Y TIPO DE IMPLICADOS

TOTAL ILESOS

TOTAL HERIDOS

TOTAL FALLECIDOS

TOTAL VEHÍCULOS

TOTAL PEATONES

5 TIPO Y CIRCUNSTANCIAS

TIPO DE SINIESTRO

COLISIÓN  
 VUELCO  
 ATROPELLO A PEATÓN

ATROPELLO A ANIMAL  
 DESPISTE  
 DESPEÑAMIENTO

CAÍDA  
 INCENDIO  
 EXPLOSIÓN

OTRO:

TIPO DE COLISIÓN

FRONTAL  
 ALCANCE  
 ÁNGULO  
 LATERAL  
 MÚLTIPLE

CONTRA VEHÍCULO DETENIDO:  
 EN BANQUINA  
 EN CALZADA

CONTRA OBJETO FIJO:  
 INMUEBLE  
 ÁRBOL  
 COLUMNA  
 ALCANTARILLA  
 OTRO

INVOLUCRADOS

EL NÚMERO DE INVOLUCRADO DEBE COINCIDIR CON SU ANEXO CORRESPONDIENTE.

	AUTOMÓVIL	MOTOCICLETA	PEATÓN	BICICLETA	CUATRICICLO	CAMIONETA/ UTILITARIO	TRANSPORTE DE CARGA	TRANSPORTE DE PASAJEROS	MAQUINARIA	TRACCIÓN A SANGRE	OTRO*
N°1	<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"/>
N°2	<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"/>
N°3	<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"/>
N°4	<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"/>
N°5	<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"/>

\*Especifique:

6 LUGAR Y CARACTERÍSTICAS DE LA VÍA

TRAZADO

RECTA  CURVA

LUGAR

INTERSECCIÓN/CRUCE  
 ROTONDA  
 DISTRIBUIDOR/INTERCAMBIADOR  
 PASO A NIVEL FFCC  
 PUENTE, VIADUCTO O PASO SUPERIOR  
 FUERA DE CALZADA

OTRO:

PENDIENTE

SÍ  NO

MATERIAL

ASFALTO  
 HORMIGÓN  
 RIPIO  
 TIERRA  
 ADOQUÍN

OTRO:

ESTADO DE LA CALZADA

» ESTADO DE CONSERVACIÓN

BUENA

» MALA

CON BACHES  
 AHUELLAMIENTO  
 EN REPARACIÓN

» ESTADO FÍSICO-AMBIENTAL

SECA  
 DESPEJADA  
 MOJADA  
 CON CHARCOS O INUNDADA  
 CON HIELO  
 CON NIEVE  
 CON ACEITE  
 CON COMBUSTIBLE  
 CON MATERIAL SUELTO

OTRO:

LUMINOSIDAD

DÍA  
 NOCHE  
 AMANECER  
 ATARDECER

LUZ ARTIFICIAL

SÍ  NO

DIVISIÓN FÍSICA DE LA VÍA

BARRERA DE HORMIGÓN  
 GUARDARRAIL  
 BARRERA DE ALTO IMPACTO  
 CORDÓN DIVISORIO  
 VEGETACIÓN  
 NINGUNA

OTRO:

TRÁNSITO RESTRINGIDO POR:

SIN RESTRICCIÓN  
 OBRA  
 DESVÍO PROVISORIO  
 SINIESTRO PREVIO  
 CONGESTIONAMIENTO

SEÑALIZACIÓN

	SÍ	NO	S/D	SEMÁFOROS	FUNC.	NO FUNC.	INT.	SIN SEMÁF.
VERTICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VEHICULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HORIZONTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEATONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSITORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

ESTADO METEOROLÓGICO

DESPEJADO  
 NUBLADO  
 LLUVIA  
 GRANIZO  
 NIEVE  
 NIEBLA/NEBLINA  
 VIENTO

VISIBILIDAD

BUENA  
REDUCIDA POR:  
 LLUVIA  
 NIEBLA/NEBLINA  
 HUMO  
 POLVO

OTRO:



LAS ÁREAS SOMBRADAS EN CELESTE DEBEN SER LLENADAS EN EL LUGAR DEL HECHO.

INVOLUCRADO N°

DOMINIO:

MARCA:

EL NÚMERO DE INVOLUCRADO DEBE COINCIDIR  
CON LO INFORMADO EN LA CABECERA.

MODELO:

COLOR:

AÑO:

CARGA TRANSPORTADA:

ASEGURADO:  SÍ  NO  N/A  S/DRTO/VTV:  SÍ  NO  N/A  S/D

NÚMERO DE OCUPANTES:

USO:  PRIVADO  PÚBLICO  OFICIALTIPO DE SERVICIO:  PAX  CARGA  EMERGENCIA

CONDUCTOR/PEATÓN

 ILESO  HERIDO LEVE<sup>1</sup>  HERIDO GRAVE<sup>2</sup>  FALLECIDO<sup>3</sup>PRESUNCIÓN DE ALCOHOL  SÍ  NO SE DIÓ A LA FUGA

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO:  F  M

NACIONALIDAD:

DNI/LE/LC N°:

OTRO:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

EDAD:

PROV:

LICENCIA: NRO:

TIPO:

ESTADO:  VIGENTE  VENCIDA  NO POSEE MUNICIPAL  PROVINCIAL  NACIONALDISPOSITIVOS DE SEGURIDAD: » AIRBAG DESPLEGADOS  SÍ  NO » CINTURÓN  SÍ  NO » CASCO  SÍ  NOCOBERTURA MÉDICA:  SÍ  NO  S/D

HOSPITALIZADO EN:

LUGAR DE FALLECIMIENTO:  LUGAR DEL HECHO  TRASLADO  HOSPITAL

TRASLADADO A:

PRUEBA ALCOHOL

 POSITIVO\*  NEGATIVO  NO SE REALIZÓ  SE NEGÓ  S/D

PRUEBA DROGAS

 POSITIVO\*  NEGATIVO  NO SE REALIZÓ  SE NEGÓ  S/D

\*Indicar graduación: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\*Indicar sustancia: \_\_\_\_\_

ACOMPAÑANTE

 ILESO  HERIDO LEVE<sup>1</sup>  HERIDO GRAVE<sup>2</sup>  FALLECIDO<sup>3</sup>COMPLETAR SÓLO  
SI ES VEHÍCULO AUTOMOTOR DELANTERO  TRASERO DER.  TRASERO IZQ.  TRASERO CENTRO  OTRO

\*Especifique: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO:  F  M

NACIONALIDAD:

DNI/LE/LC N°:

OTRO:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

EDAD:

DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD: » AIRBAG DESPLEGADOS  SÍ  NO » CINTURÓN  SÍ  NO » SRI  SÍ  NO » CASCO  SÍ  NOCOBERTURA MÉDICA:  SÍ  NO  S/D

HOSPITALIZADO EN:

LUGAR DE FALLECIMIENTO:  LUGAR DEL HECHO  TRASLADO  HOSPITAL

TRASLADADO A:

ACOMPAÑANTE

 ILESO  HERIDO LEVE<sup>1</sup>  HERIDO GRAVE<sup>2</sup>  FALLECIDO<sup>3</sup>COMPLETAR SÓLO  
SI ES VEHÍCULO AUTOMOTOR DELANTERO  TRASERO DER.  TRASERO IZQ.  TRASERO CENTRO  OTRO

\*Especifique: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO:  F  M

NACIONALIDAD:

DNI/LE/LC N°:

OTRO:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

EDAD:

DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD: » AIRBAG DESPLEGADOS  SÍ  NO » CINTURÓN  SÍ  NO » SRI  SÍ  NO » CASCO  SÍ  NOCOBERTURA MÉDICA:  SÍ  NO  S/D

HOSPITALIZADO EN:

LUGAR DE FALLECIMIENTO:  LUGAR DEL HECHO  TRASLADO  HOSPITAL

TRASLADADO A:

ACOMPAÑANTE

 ILESO  HERIDO LEVE<sup>1</sup>  HERIDO GRAVE<sup>2</sup>  FALLECIDO<sup>3</sup>COMPLETAR SÓLO  
SI ES VEHÍCULO AUTOMOTOR DELANTERO  TRASERO DER.  TRASERO IZQ.  TRASERO CENTRO  OTRO

\*Especifique: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO:  F  M

NACIONALIDAD:

DNI/LE/LC N°:

OTRO:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

EDAD:

DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD: » AIRBAG DESPLEGADOS  SÍ  NO » CINTURÓN  SÍ  NO » SRI  SÍ  NO » CASCO  SÍ  NOCOBERTURA MÉDICA:  SÍ  NO  S/D

HOSPITALIZADO EN:

LUGAR DE FALLECIMIENTO:  LUGAR DEL HECHO  TRASLADO  HOSPITAL

TRASLADADO A:

ACOMPAÑANTE

 ILESO  HERIDO LEVE<sup>1</sup>  HERIDO GRAVE<sup>2</sup>  FALLECIDO<sup>3</sup>COMPLETAR SÓLO  
SI ES VEHÍCULO AUTOMOTOR DELANTERO  TRASERO DER.  TRASERO IZQ.  TRASERO CENTRO  OTRO

\*Especifique: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO:  F  M

NACIONALIDAD:

DNI/LE/LC N°:

OTRO:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

EDAD:

DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD: » AIRBAG DESPLEGADOS  SÍ  NO » CINTURÓN  SÍ  NO » SRI  SÍ  NO » CASCO  SÍ  NOCOBERTURA MÉDICA:  SÍ  NO  S/D

HOSPITALIZADO EN:

LUGAR DE FALLECIMIENTO:  LUGAR DEL HECHO  TRASLADO  HOSPITAL

TRASLADADO A: