

Para uso exclusivo de Morgue	
MD. que recibe	
Auxiliar que recibe	
Fecha de Recepción	
Hora Recepción	

**1. DATOS DEL LEVANTAMIENTO**

**1.1. LEVANTAMIENTO Nº:** \_\_\_\_\_  
AÑO SEDE CÓDIGO DE DEPARTAMENTO, SECCIÓN O UNIDAD PERICIAL CORRELATIVO

**1.2. REPORTADO POR:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
SISTEMA DE 24 HORA DD MM AAAA

**1.3. FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **HORA DE INICIO:** \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
DD MM AAAA SISTEMA DE 24 HORAS

**1.4. AUTORIDAD FISCAL/JUEZ DE PAZ:** \_\_\_\_\_

**1.5. INVESTIGADOR:** \_\_\_\_\_ **TELF** \_\_\_\_\_

**1.6. INSPECTOR OCULAR:** \_\_\_\_\_

**1.7. MEDICO FORENSE:** \_\_\_\_\_

**1.8. DACTILOSCOPISTA:** \_\_\_\_\_

**1.9. AUXILIAR /RECEPTOR:** \_\_\_\_\_

**1.10. MOTORISTA:** \_\_\_\_\_

**1.11. LUGAR DEL LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO MUNICIPIO

CIUDAD, PUEBLO, ALDEA, CASERIO BARRIO, COLONIA DIRECCION ESPECIFICA

**1.12. FECHA DE MUERTE:** \_\_\_\_\_ **HORA DE MUERTE:** \_\_\_\_\_  
Fecha exacta (dd/mm/aaaa) o rango de fecha SISTEMA DE 24 HORAS O RANGO

**1.13. COORDENADAS GPS LATITUD:** \_\_\_\_\_ **LONGITUD:** \_\_\_\_\_

**EL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL LEVANTAMIENTO ES EL MISMO LUGAR DEL HECHO SI  NO**

**1.14. LUGAR DEL HECHO:** Desconocido  \_\_\_\_\_  
DEPARTAMENTO MUNICIPIO

CIUDAD, PUEBLO, ALDEA, CASERIO BARRIO, COLONIA DIRECCION ESPECIFICA

**1.15. FECHA DEL HECHO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **HORA DEL HECHO:** \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
DD MM AAAA SISTEMA DE 24 HORAS

**2. DATOS DEL OCCISO/FALLECIDO**

**2.1. DESCONOCIDO:**  **SUPUESTO:**

**2.2. NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**2.3. TIPO DE IDENTIFICACION:**  
Tarjeta de Identidad  Licencia Conducir  Certificado de Nacimiento  Pasaporte   
Identificación Visual  Relación con el Occiso \_\_\_\_\_  
Otro  especifique \_\_\_\_\_

**2.4. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:** \_\_\_\_\_

**2.5. FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2.6. EDAD:** \_\_\_\_\_ **2.7. SEXO:** \_\_\_\_\_ **2.8. RAZA:** \_\_\_\_\_

**2.9. COMPLEXION:** \_\_\_\_\_ **2.10. ESCOLARIDAD:** \_\_\_\_\_

**2.11. ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_ **2.12. OCUPACION:** \_\_\_\_\_

**2.13. NACIONALIDAD:** \_\_\_\_\_

**2.14. DOMICILIO:** \_\_\_\_\_  
DEPARTAMENTO MUNICIPIO CIUDAD, PUEBLO, ALDEA, CASERIO

BARRIO, COLONIA DIRECCION ESPECIFICA

**3. HISTORIA MEDICO LEGAL**

**3.1. MUERTE BAJO CUSTODIA**  **3.2. ENCOSTALADO**  **3.3. MUERTE MATERNA**

**3.4. FETO**  **/ RECIEN NACIDO**  **3.5. OTRO** \_\_\_\_\_ **3.6. N° MUERTOS EN ESCENA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. DESCRIPCION DE LA ESCENA**

4.1 TIPO DE ESCENA:  ABIERTA  CERRADA  MIXTA  MODIFICADA

DESCRIPCION: DESCRIBA TODO LO QUE ESTÁ ALREDEDOR DEL CUERPO QUE PUEDA ESTAR RELACIONADO CON LA MUERTE

---



---



---

4.2 POSICION DEL CUERPO: \_\_\_\_\_

4.3 ZONA:  URBANA  RURAL  INTERURBANA CARRETERA  OTRA \_\_\_\_\_

4.4 CLASE LUGAR DE LOS HECHOS:  CASA  VIA PÚBLICA  ESPACIO DEPORTIVO  
 FINCA/CAMPO  BAR O SIMILARES  RIO/LAGUNA/MAR  CARCEL/CENTRO DE MENORES  
 LUGAR DE TRABAJO  DESCONOCIDO/SIN DATOS  OTROS \_\_\_\_\_

5. PORTA ROPAS SI  NO

5.1. DESCRIPCION DE LAS ROPAS ESPECIFIQUE SI VISTEN O CUBREN EL CUERPO. INDIQUE SI SE ENCUENTRAN CON EL CADAVER OTROS OBJETOS COMO COLCHAS, SABANAS, TOALLAS, ETC. \_\_\_\_\_

---



---



---

6. PORTA PERTENENCIAS SI  NO

**6.1. DESCRIPCION DE PERTENENCIAS**

ENTREGAS	PERTENENCIAS
Entregadas en la Escena (a Inspecciones Oculares o familiares con Visto Bueno del Fiscal)	
No entregadas en la Escena (sin poderse extraer del cuerpo, se envían a morgue con el cuerpo)	

7. FENOMENOS CADAVERICOS: \_\_\_\_\_ HORA DE EVALUACION FC: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
SISTEMA DE 24 HORAS

**7.1. ESTADO DEL CUERPO:**

CONSERVADO  PUTREFACTO  REDUCCION ESQUELETICA   
FASE CROMÁTICA   
FASE ENFISEMATOSA   
FASE COLICUATIVA

7.2. FENOMENOS CADAVERICOS: VALORABLES  NO VALORABLES  \_\_\_\_\_

**7.3. TEMPERATURA CORPORAL:**

7.3.1 CALOR CORPORAL: SI  NO

7.3.2 ENFRIAMIENTO CADAVERICO: SI  + ++ +++

**7.4. RIGIDEZ:**

a. AUSENTE  b. COMPLETA  c. INCOMPLETA   
c.1. MUSC. MASETEROS  c.2. CUELLO   
c.3. MUSC. SUPERIORES  c.4. MUSC. INFERIORES

7.5.1. LIVIDECES SI  NO  DISTRIBUCION, COLOR Y FORMA \_\_\_\_\_

7.5.2. MODIFICABLES: SI  NO

7.6.1. SIGNO SOMMER SI  NO

7.6.2. SIGNO STENON LOUIS SI  NO

7.7. ESPASMO CADAVERICO SI  NO

7.8. INTERVALO POST MORTEM: \_\_\_\_\_

---

**8. ALTERACIONES (Tatuajes, cicatrices, señas particulares, prótesis, heridas quirúrgicas, características dentales)** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**9. EVIDENCIA EXTERNA DE TRAUMA**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**10. MUERTE EN HOSPITAL**

**10.1 SOSPECHA DE MALA PRAXIS SI  NO**

**10.2 FECHA DE INGRESO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
  DD          MM          AAAA

**10.3 EXPEDIENTE HOSPITALARIO:**  ORIGINAL  COPIA

**10.4 EPICRISIS:**  ORIGINAL  COPIA

**10.5 HOSPITAL:** \_\_\_\_\_ **BLOQUE:** \_\_\_\_\_ **SALA:** \_\_\_\_\_

**10.6 SERVICIO:** \_\_\_\_\_ **Nº DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_ **Nº DE FOLIOS:** \_\_\_\_\_

**11. DATOS DE LA MUERTE**

**11.1. CAUSA DE MUERTE PRELIMINAR:** \_\_\_\_\_

---

**11.2. MANERA DE MUERTE PRELIMINAR:**

HOMICIDA     SUICIDA     NATURAL     PENDIENTE DE INVESTIGACION  
 ACCIDENTAL TIPO \_\_\_\_\_ (EJ. DE TRANSITO TIPO VOLCAMIENTO, COLISIÓN,  
ATROPELLO, CAIDA, SUMERSIÓN, ETC)

**11.3. AGENTE O INSTRUMENTO UTILIZADO:**

VEHICULO \_\_\_\_\_     PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO  
 ARMA BLANCA \_\_\_\_\_      A DETERMINAR POR AUTOPSIA  
 OBJETO ROMO \_\_\_\_\_     SUSTANCIA TÓXICA \_\_\_\_\_  
 LAZO ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_                                         OTRO \_\_\_\_\_

**12. DESTINO DEL CADAVER**

- AUTOPSIA MEDICO LEGAL       DEPOSITO       ENTREGADO A FAMILIARES  
 RIESGO BIOLÓGICO \_\_\_\_\_

ENTREGA EN ESCENA AUTORIZADA POR: \_\_\_\_\_

COMPLETE EL SIGUIENTE CUADRO EN CASO DE QUE EL CUERPO SEA ENTREGADO EN LA ESCENA:

<p><b>CAUSA DE MUERTE:</b></p> <p><b>PARTE I</b></p> <p>A) _____</p> <p>B) _____</p> <p>C) _____</p> <p>D) _____</p> <p><b>PARTE II OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE</b></p> <p>_____</p> <p><b>MANERA DE MUERTE:</b> _____</p> <p>_____</p>
--

**13. OBSERVACIONES**(MUESTRAS RECOLECTADAS POR INSPECCIONES OCULARES, OBJETOS RELEVANTES RELACIONADOS A LA ESCENA, PROBLEMAS EN LA ESCENA U OTRAS SITUACIONES RELEVANTES EN EL LUGAR DE LEVANTAMIENTO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14. FECHA DE FINALIZACION DEL LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DD MM AAAA

**15. HORA DE FINALIZACION DEL LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
SISTEMA DE 24 HORAS