

¿Tiene conocimiento de testigos durante la desaparición?

Si No No sabe

o Testigos de la desaparición (nombre, alias, relación, teléfono y domicilio).

1. _____
2. _____
3. _____

¿Qué instituciones (federales o locales) tienen conocimiento de la desaparición?

FGR ¹	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nº de expediente ² : _____	<input type="checkbox"/> No sabe	
FGE ³	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nº de expediente: _____	<input type="checkbox"/> No sabe	Estado: _____
CNB ⁴	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nº de expediente: _____	<input type="checkbox"/> No sabe	
CLB ⁵	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nº de expediente: _____	<input type="checkbox"/> No sabe	Estado: _____
CNDH ⁶	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nº de expediente: _____	<input type="checkbox"/> No sabe	
Fipede ⁷	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nº de expediente: _____	<input type="checkbox"/> No sabe	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DESAPARECIDA

Nombre completo presente en el registro civil _____

Apodo o sobrenombre con el que se identifica _____

¿Hizo trámite para cambio de género?

Si No No sabe ¿Nombre anterior al trámite? _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Último domicilio _____

Grupo indígena _____

Situación de persona migrante

Si No No sabe ¿País de origen? _____

¿Tiene documento migratorio de residente?

Si No No sabe ¿Cuántos años como residente en México? _____

¿Número del documento migratorio? _____

¹ Fiscalía General de la República

² También hace referencia al número de averiguación o carpeta de investigación

³ Fiscalía General del Estado

⁴ Comisión Nacional de Búsqueda

⁵ Comisión Local de Búsqueda

⁶ Comisión Nacional de Derechos Humanos

⁷ Fiscalía Especializada para la Investigación, Persecución de los Delitos en Materia de Desaparición Forzada de Personas y la Desaparición Cometida por Particulares y Búsqueda de Personas Desaparecidas

Sexo:

Mujer	<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>	Intersexo ⁸	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------	--------------------------	------------------------	--------------------------

Género:

Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>	Transgénero	<input type="checkbox"/>	Persona no binaria	<input type="checkbox"/>
Transexual	<input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/>	Otro	_____		

¿Tomaba algún medicamento o tratamiento para cambio de género?

Si No No sabe ¿Cuál? _____

¿Se realizó alguna cirugía de feminización⁹? Indique la fecha

Si No No sabe ¿Cuál? (implantes, polímeros, aceites, genital, etc.)

¿Se realizó alguna cirugía de masculinización¹⁰? Indique la fecha

Si No No sabe ¿Cuál? (implantes, polímeros, aceites, genital, etc.)

Orientación sexual:

Heterosexual	<input type="checkbox"/>	Gay	<input type="checkbox"/>	Lesbiana	<input type="checkbox"/>	Pansexual	<input type="checkbox"/>
Bisexual	<input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/>	Otro	_____		

⁸ Personas que nacen con características sexuales que no se ajustan a las nociones de cuerpos masculinos y femeninos. Por ejemplo, puede tener los cromosomas masculinos pero los genitales externos no se han formado completamente, son ambiguos o claramente femeninos.

⁹ La feminización se refiere a las modificaciones corporales que se realiza un hombre para asumir rasgos físicos femeninos.

¹⁰ La masculinización se refiere a las modificaciones corporales que se realiza una mujer para asumir rasgos físicos masculinos.

Grupo sanguíneo:

A+ <input type="checkbox"/>	AB+ <input type="checkbox"/>	B+ <input type="checkbox"/>	O+ <input type="checkbox"/>	
A- <input type="checkbox"/>	AB- <input type="checkbox"/>	B- <input type="checkbox"/>	O- <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>

Estado civil

Soltero/a <input type="checkbox"/>	Noviazgo <input type="checkbox"/>	Casado/a <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
Unión libre <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>	Otro _____	
En caso de tener pareja indicar nombre _____			

Parientes de la persona desaparecida (información necesaria para estudio genético)

Nombre completo de la madre: _____		
Nombre completo del padre: _____		
Número total de hermanos: _____	Número hermanas _____	Número hermanos _____
Número de medio-hermanos: _____	Nº medio-hermanas _____	Nº medio-hermanos _____
Nombre del cónyuge: _____		
Número total de hijos: _____	Número hijas _____	Número hijos _____

Actividades físicas

Ocupación profesional al momento de la desaparición: _____
Enumere actividades profesionales anteriores a la actual: _____

Deportes:
1. _____
2. _____
3. _____

Nivel de estudios

Sin estudios <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Preparatoria <input type="checkbox"/>
Licenciatura <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____		
Maestría <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____		
Doctorado <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____		

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS EN EL MOMENTO DE LA DESAPARECIDIÓN

Compleción física

Estatura (cm): _____ Edad: _____ Peso (Kg): _____

Lateralidad (diestro o zurdo): Derecha Izquierda Ambidiestro No sabe

¿Qué compleción física se parece más a la de la persona desaparecida?

tipos de cuerpos

pera cuadrado triangulo reloj de arena circulo

tipos de cuerpos

pera cuadrado triangulo circulo reloj de arena

somatotipos mujer

ectomorfo mesomorfo endomorfo

somatotipos hombre

ectomorfo mesomorfo endomorfo

Características faciales

Tamaño del rostro: Grande Proporcionado pequeño No sabe



Rasgos Individualizantes:

Deformación facial <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo? _____
Desviación nasal <input type="checkbox"/>	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/>	_____

Características faciales: forma del rostro, boca, ojos y nariz (señala la que más se asemeje)

Forma del rostro	Forma de la nariz
<p>redondo </p>	<p>recta </p>
<p>ovalado </p>	<p>punta redonda </p>
<p>diamante </p>	<p>chata </p>
<p>cuadrado </p>	<p>punta redonda con puente </p>
<p>triangulo </p>	<p>grande recta </p>
<p>triangulo invertido </p>	<p>aguijeta </p>
<p>rectangular </p>	<p>puente marcado </p>
<p>alargado </p>	<p>picuda </p>
<p>corazon </p>	<p>redonda </p>
	<p>aguijecha con puente marcado </p>
	<p>chata de punta redonda </p>
	<p>fina alargada </p>
	<p>recta con puente marcado </p>
	<p>respingona </p>
	<p>fosas nasales anchas </p>
Forma de la boca	Forma de los ojos
<p>normal grande </p>	<p>doble parpado </p>
<p>labio superior mas grande </p>	<p>parpado caido </p>
<p>labio inferior mas grande </p>	<p>rasgado </p>
<p>puente de cupido y puente inferior marcados </p>	<p>ojos saltones </p>
<p>finos </p>	<p>ojos almendrados </p>
<p>normales pequeños </p>	
<p>puente de cupido marcado </p>	
<p>redondos </p>	
<p>finos alargados </p>	

Características del cabello: tipo, color, cantidad y tamaño (señala el que más se asemeje)

Tipo de cabello		Grado de calvicie	
Longitud del cabello:		Cantidad de pelo: _____	
Largo <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro _____		 grado 0 grado 1 grado 2 grado 3	
Uso de peluca _____ Color _____ Características _____		 grado 0 grado 1 grado 2 grado 3	
Tipo de cabello: _____		Color del cabello: _____	
 lacios ondulado rizado afro			

Características de la barba y/o bigote: Tipo y color (selecciona el que más se asemeje)

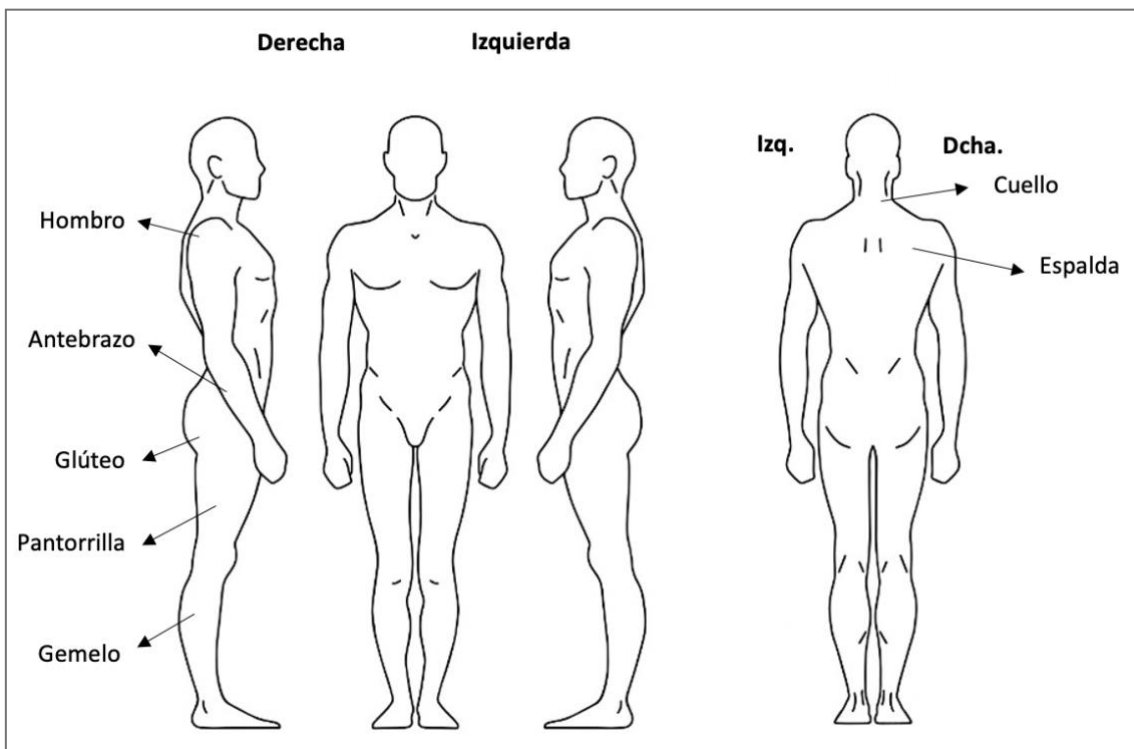
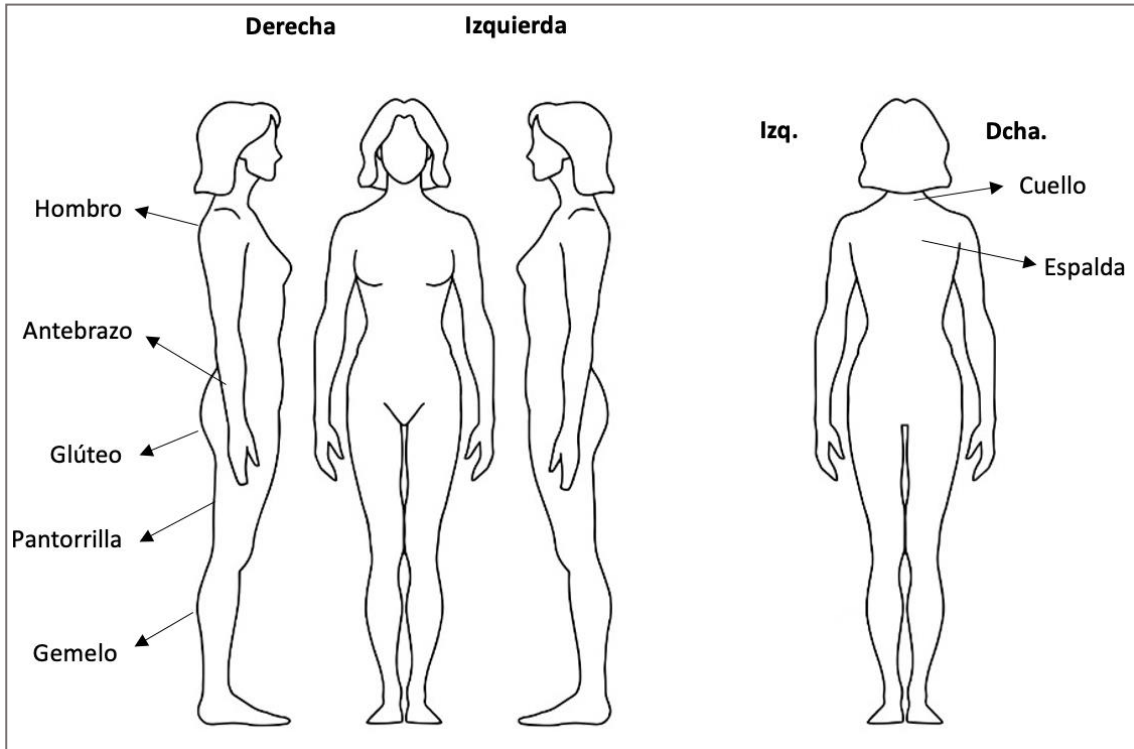
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	11	12	13	14	15
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26				
Tipo de barba: _____			Tipo de bigote: _____			Color: _____			

Uso de complementos faciales

Uso de lentes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
Descripción (color, tipo, material, etc.): _____ _____	
Uso de Aretes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
Otros complementos faciales: _____	

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALIZANTES A NIVEL EXTERNO

Características externas individualizantes (señala en el dibujo la ubicación de los rasgos individualizantes enumerados a continuación).



Tatuajes

Si No No sabe

Descripción: Ubicación, tamaño, color, forma, tatuaje estético (cejas-labios), etc.

Modificaciones corporales:

Si No No sabe

Descripción: Ubicación, implante, perforación, incrustaciones corporales, escarificación, etc.

Cicatrices

Si No No sabe

Descripción: Ubicación, tamaño, color, forma, causa (accidental, operación, agresión), etc.

Lunares

Si No No sabe

Descripción: Ubicación, color (rojo, marrón claro, marrón oscuro), relieve, etc.

Manchas de nacimiento

Si No No sabe

Descripción: Ubicación, color (rojo, marrón claro, marrón oscuro), relieve, etc.

Quemaduras

Si No No sabe

Descripción: Ubicación, forma, tamaño, causa (agresión-accidente), agente causante (aceite, fuego, químico, etc.), tipo de quemadura (1º grado, 2º grado, 3º grado), etc.

Patologías de la piel

Si No No sabe

Descripción: Ubicación, tipo (herpes, psoriasis, sarna, pecas, etc.), causa, etc.

Peculiaridad en manos y/o pies

Si No No sabe

Descripción: ausencia de algún dedo, callos, afección en uñas (hongos), etc.

CONDICIÓN MÉDICA

¿Padecía alguna enfermedad (Alzheimer, hipertensión, diabetes, crónica, degenerativa, sexual, etc.)?

Si No No sabe ¿Cuál? _____

¿Tomaba algún medicamento o tratamiento en relación a su padecimiento?

Si No No sabe ¿Cuál? _____

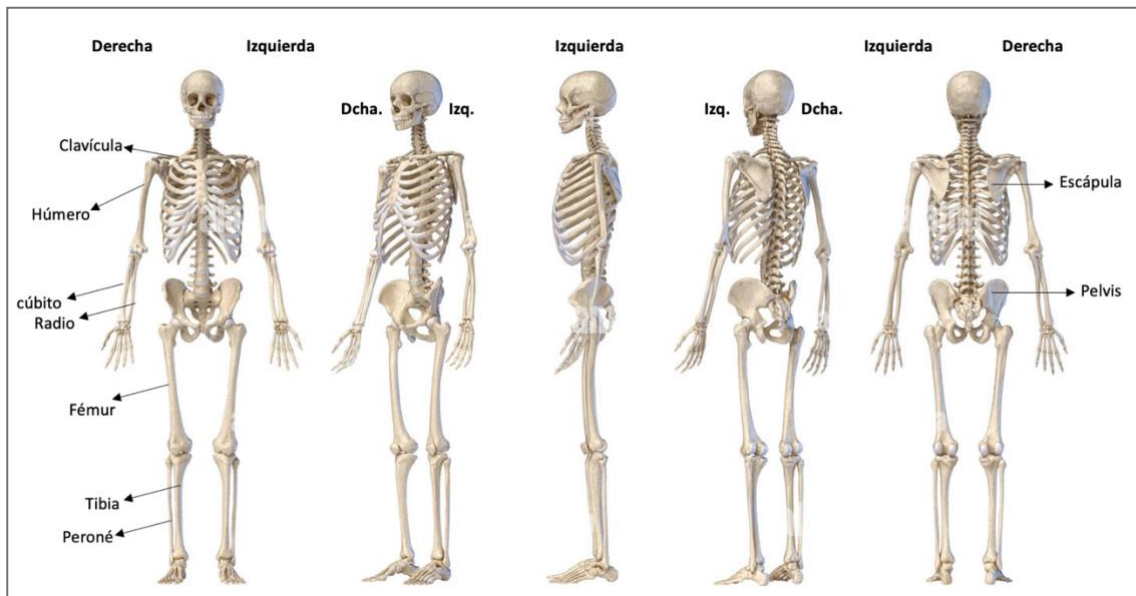
¿La persona tenía algún diagnóstico psiquiátrico (demencia senil, depresión, esquizofrenia, etc.)?

Si No No sabe ¿Cuál? _____

¿Se realizó alguna cirugía (ya sea estética o médica)? Indique la fecha

Si No No sabe ¿Cuál? _____

CARACTERÍSTICAS ÓSEAS INDIVIDUALIZANTES



Fracturas

Si No No sabe

Descripción: ubicación, cuando (tiempo transcurrido), causa (atropello, caída, golpe, etc.), completa, incompleta, secuelas (afectación a la movilidad, deformación, etc.), cuidados médicos, etc.

Patología

Si No No sabe

Descripción: ubicación, tipo (artrosis, osteoporosis, etc.), tratamiento médico, medicación, etc.

Prótesis ortopédica

Si No No sabe

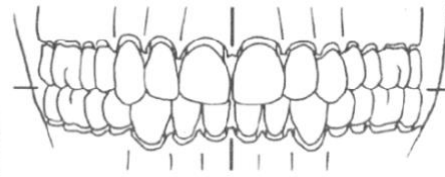
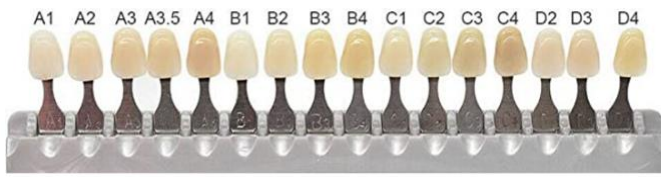
Descripción: ubicación, tipo (tornillos, clavos, placa, etc.), cuando se la pusieron, hospital, etc.

Embarazos

Si No No sabe Número _____

Descripción: Cesárea o parto natural, en hospital, en casa, etc.

Color del esmalte



¿En general que color presenta la dentición? _____

Diente negro (señala en el dibujo)

Si No No sabe ¿Cuál? _____

Diente verde (señalar en el dibujo)

Si No No sabe ¿Cuál? _____

Hábito de fumar

Si No No sabe ¿Cuántos al día? _____

Mascar tabaco Cigarrillos Pipa No sabe Otro _____

Tamaño de los dientes

Grande Normal Pequeño No sabe

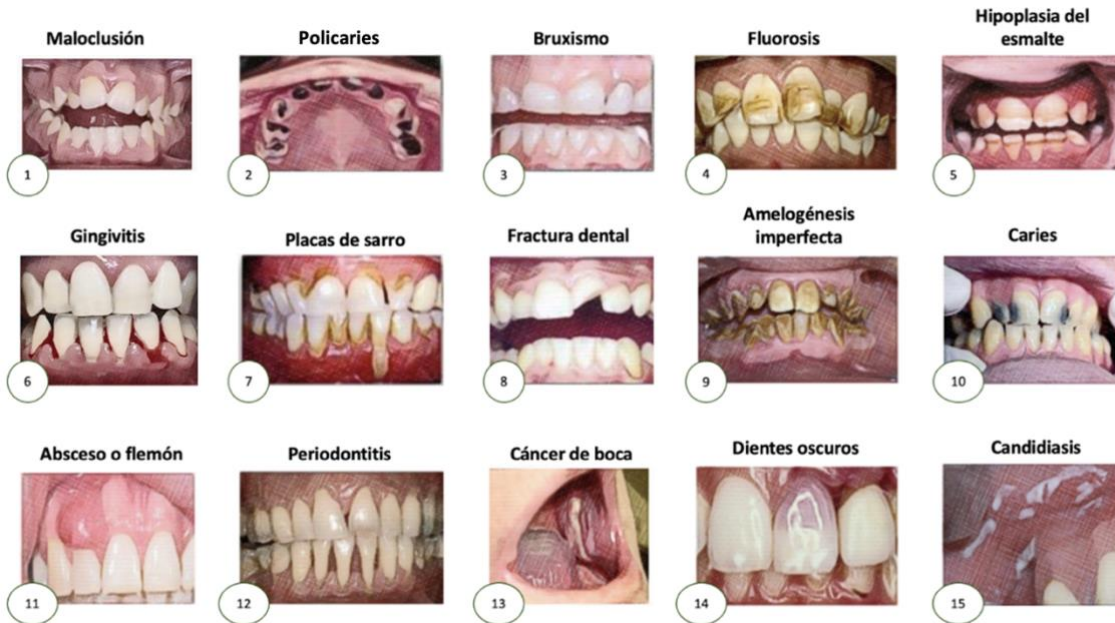
Descripción dental: dentadura completa, ausencia de algún diente, tiene dientes de más, conserva dientes de leche, presencia o ausencia de terceros molares (muelas del juicio), dientes rotados (chueco), diente roto, fisura en el esmalte, etc.

Características particulares: prótesis total, prótesis parcial, coronas de porcelana, carillas de zinc, prótesis fija, prótesis removible, Brackets fijos, Brackets removibles, Brackets invisibles, retenedor, etc.

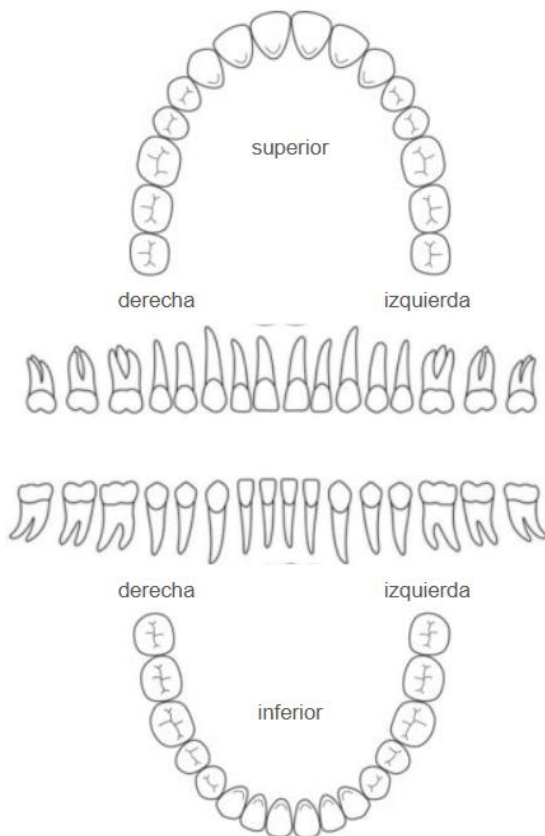
Higiene bucal: sarro, caries (donde), manchas en las piezas dentales, color de las encías, presencia/ausencia de inflamación en las encías, sangrado en las encías, movilidad dental, etc.

PATOLOGÍAS DENTALES

Señala las imágenes dentales que más se asemejen a las características de la persona descrita para identificar las posibles patologías.



Siguiendo la leyenda de símbolos dibuja con los colores y formas correspondientes las particularidades dentales que presenta la persona descrita.



Simbología básica de características dentales	
	Diente ausente
	Caries dental (se marca la superficie afectada)
	Fractura dental
	Diente por extraer
	Superficie de resina
	Superficie de amalgama
	Mancha en el diente
	Implante dental
	Prótesis parcial fija
	Presencia de aparato de endodoncia
	Prótesis removible

ROPA Y EFECTOS PERSONALES

Ropa y calzado en el momento de la desaparición

Tipo	Color	Material	Descripción

Accesorios personales en el momento de la desaparición (pulseras, aretes, piercing, anillos, cartera, documentos de identificación, etc.)

Tipo	Color	Material	Descripción

DATOS DE CONTACTO DE LA PERSONA ENTREVISTADA

Nombre completo _____

Nombre colectivo _____

Relación de parentesco _____

¿En caso de que la persona desaparecida no tenga contacto con la familia indicar las razones?

Teléfono _____ Correo electrónico _____

ANEXO

Incorpora a la ficha AM una copia del expediente médico, del expediente dental, fotografías de cuerpo completo, fotografías de la cara en diferentes ángulos, fotografías donde se vena los dientes, radiografías dentales, radiografías del cuerpo (si se cuenta con ellas), etc.