



FORMULARIO ESTADÍSTICO ÚNICO

USO FINES ESTADÍSTICOS - LEY 26.363 - LOS DATOS SUMINISTRADOS POR EL DECLARANTE ESTÁN AMPARADOS POR EL SECRETO ESTADÍSTICO EN VIRTUD DE LA LEY 17.622.

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  
 CHOQUE

OTRO: \_\_\_\_\_

### TIPO DE COLISIÓN

FRONTAL

ÁNGULO

ALCANCE

LATERAL

ROZAMIENTO

MÚLTIPLE

### TIPO DE CHOQUE

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"/>										
N°2	<input type="checkbox"/>										
N°3	<input type="checkbox"/>										
N°4	<input type="checkbox"/>										
N°5	<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

MOJADA

CON CHARCOS O INUNDADA  
 CON HIELO  
 CON NIEVE  
 CON ACEITE  
 CON COMBUSTIBLE

DESPEJADA

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: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO ESTADÍSTICO ÚNICO

USO FINES ESTADÍSTICOS - LEY 26.363 - LOS DATOS SUMINISTRADOS POR EL DECLARANTE ESTÁN AMPARADOS POR EL SECRETO ESTADÍSTICO EN VIRTUD DE LA LEY 17.622.

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

## INVOLUCRADO N°

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

DOMINIO:

MARCA:

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>  IN ITINERE  
EN OCASIÓN DE TRABAJOPRESUNCIÓN 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/DPRUEBA  
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>  IN ITINERE  
EN OCASIÓN DE TRABAJOCOMPLETAR 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>  IN ITINERE  
EN OCASIÓN DE TRABAJOCOMPLETAR 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>  IN ITINERE  
EN OCASIÓN DE TRABAJOCOMPLETAR 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>  IN ITINERE  
EN OCASIÓN DE TRABAJOCOMPLETAR 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: