

Cuestionario de la Persona Desaparecida

Nombre o número de incidente:

Instrucciones y Comentarios

1. El Cuestionario de la Persona Desaparecida acompaña al Cuestionario Inicial de la Persona Desaparecida. La información reunida en ellos es vital para tomar la decisión de si una búsqueda física es o no necesaria, y también proporciona los datos iniciales necesarios para iniciar una operación de búsqueda.
2. Este cuestionario es un método para recopilar información de manera eficiente y coherente. Es además una herramienta útil para la investigación tras la desaparición de una persona. Proporciona Datos de Planificación y de Búsqueda detallados que pueden requerirse para gestionar la operación de búsqueda. También se puede utilizar como una guía para conducir una entrevista.
3. La primera entrevista detallada debe ser con la persona más informada disponible.
4. Use un cuestionario por cada persona entrevistada (o al menos un color diferente) y guarde todos los cuestionarios en un fichero común. En caso de que desaparezca más de una persona en el mismo incidente, use un cuestionario separado para cada persona desaparecida.
5. La información recopilada en diferentes cuestionarios procedentes de entrevistas a varias personas por separado debe ser cotejada y comparada.
6. La información adicional que genere cualquier pregunta enumerada en el cuestionario debe ser referenciada en la misma pregunta y detallada en la parte posterior de la página.
7. Las entrevistas y el cuestionario se pueden completar con las preguntas adicionales específicas para cada categoría de sujeto que se encuentran en el apartado «Preguntas adicionales de Investigación» del libro *Lost Person Behavior* de Koester y en el apartado del mismo nombre del capítulo de ESTADÍSTICA: CATEGORÍAS DE SUJETO del presente manual. También puede resultar de ayuda leer los apartados «Entrevistas» e «Investigación de indicios» del capítulo de ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE BÚSQUEDA de este manual.

* el Manual al que se hace referencia es el MANUAL DE BÚSQUEDA Y SALVAMENTO TERRESTRE volumen I (búsqueda en entorno rural) que puede descargarse de manera gratuita desde la página web de la Asociación Nacional de Búsqueda y Salvamento en la dirección:
<http://nasar.es>

Secciones:

A	Información general, entrevistador y alertante	[4]
B	Persona desaparecida	[5]
C	Descripción física	[6]
D	Cómo iba vestido cuando se le vio por última vez	[7]
E	Detalles del incidente	[8]
F	Equipamiento que llevaba	[9]
G	Experiencia del sujeto	[10]
H	Salud física del sujeto	[11]
I	Visión y audición	[11]
J	Trastornos cognitivos/salud mental-emocional	[12]
K	Medicamentos: recetados y sin receta	[13]
L	Identificación	[13]
M	Finanzas	[13]
N	Historial detallado del sujeto	[14]
O	Profesión y empresa	[15]
P	Aficiones, intereses especiales	[15]
Q	Personal	[16]
R	Información adicional y comentarios	[17]
S	Niños, tercera edad, necesidades especiales	[18]
T	Información de planificación	[19]
U	Suplemento: demencia	[20]
V	Obtener	[22]
W	Preservar (proteger)	[22]

Complete todos los cuadros, responda todas las preguntas, y escriba con claridad sin usar abreviaturas desconocidas y/o frases/palabras confusas. (Cuestionario inicial = sólo secciones A–E.)

Información general, entrevistador y alertante			A
Nombre/Número de incidente:		Admón./Servicio:	
Fecha:	Hora:	Ubicación:	
ENTREVISTADOR (nombre y apellidos o número profesional):			
Cargo:		Admón./Servicio:	
ALERTANTE (nombre y apellidos):			
Nº DNI o pasaporte:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:			
Tfno. móvil:		Tfno. casa:	
Tfno. trabajo:		Otro(s) tfno.(s):	
Profesión:		Empresa:	
Email(s):			
Relación con la persona desaparecida:			
¿Dónde puede ser localizado en las siguientes 24 horas?:			
¿Qué piensa esta persona que ha sucedido?			
¿Dónde piensa esta persona que está el sujeto?			
Esfuerzo de Búsqueda antes de solicitar la intervención de los servicios de emergencias:			
Instrucciones dadas al alertante:			
Otras personas entrevistadas (nombre, información de contacto, fecha, hora, relación, fecha de nacimiento):			
Primera persona que ha sido consciente de la desaparición, en caso de que sea diferente al alertante (nombre, apellidos, DNI, dirección, números de teléfono)			

Persona desaparecida		B
Nombre y apellidos:		
Nº DNI o pasaporte:		
Nombre de pila:	Alias/Motes:	
¿Palabra de seguridad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Palabra:		
¿Quién la conoce?:		
Idioma primario del sujeto:	¿Habla Inglés? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros idiomas que habla:	¿Lenguaje de signos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Dirección:		
Tfno. móvil:	Tfno. casa:	
Tfno. trabajo:	Otro(s) tfno.(s):	
Profesión:	Empresa:	
Email(s):		
Categoría(s) de sujeto desaparecido:		
Experiencia general, familiaridad con la zona:		
¿Planifica las salidas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cómo?/¿Con quién?:		
¿Es disciplinado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Le gusta seguir los horarios marcados? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Es puntual? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Avisa de sus retrasos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Calidad/cantidad general del equipo que portaba y preparación para las condiciones meteorológicas y del entorno:		
Comentarios:		

Descripción física					C
Edad:	Raza:	Género:	Altura:	Peso:	
Fecha de Nacimiento:			Complejión:		
Color del pelo:		Longitud:		Estilo:	
¿Tiene calvicie? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:				Color de ojos:	
Describir el pelo facial (barba/bigote/perilla, etc.):					
¿Gafas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Graduadas: <input type="checkbox"/>	Sol: <input type="checkbox"/>	Lentillas: <input type="checkbox"/>	
Describir las gafas (montura, color, etc.):					
Visión sin gafas:					
Rasgos faciales (rasgos característicos, forma):					
Tez facial:					
¿Algún rasgo corporal característico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:					
Marcas corporales distinguibles, lunares, cicatrices, tatuajes, pendientes, piercings (describir e indicar el lugar):					
¿Alguna forma de andar característica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:					
¿Alguna forma de hablar característica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:					
¿Uñas postizas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Apariencia general:					
Obtener fotografía reciente.					
¿Archivo de huellas dactilares? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Dónde?					
Odontograma (carta dental) o radiografías dentales: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Dónde?					

Cómo iba vestido cuando se le vio por última vez: anotar marca, colores, talla, estilo, patrón de cada prenda.	D
Gorro/Sombrero/Gorra/Bufanda.	
Camisa/Camiseta/Blusa:	
Pantalones/falda:	
Traje/Vestido:	
Jersey/Suéter/Sudadera/Chaleco:	
Chaqueta/Abrigo/Chubasquero:	
Calzado:	
Patrón de la suela:	
Calcetines/Medias:	
Ropa interior:	
Otros:	
Describir todos los accesorios que llevaba como cinturón, anillos, reloj, pin, accesorios para el pelo, corbata, clips de corbata, etc.	
¿Fotografía o video reciente en la que lleve esa misma vestimenta?	

Detalles del incidente		E
Municipio, localidad o topónimo del lugar de desaparición:		
Último Punto de Avistamiento (UPA):	• Ubicación/coordenadas:	• Fecha: • Hora:
Última Posición Conocida (UPC):	• Ubicación/coordenadas:	• Fecha: • Hora:
¿Quién le vio por última vez?:		
¿Está acompañado por animal(es)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:		
Si conducía: tipo, marca, modelo, color, matrícula y descripción del vehículo:		
¿El vehículo lleva sistema de localización? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Marca y modelo de los neumáticos:		
¿Tenía previsto realizar alguna actividad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Describir:		
Destino, ruta de desplazamiento prevista:		
Destino(s), ruta(s) de desplazamiento alternativa(s):		
¿Cómo se ha determinado el destino y la ruta prevista y el destino y la ruta alternativa?:		
¿Utiliza algún software de ordenador para planificar la(s) ruta(s)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál ha usado?	
¿Acceso a ese ordenador? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde?	
Otros recursos utilizados para planificar el viaje/excursión (libros, guías, mapas, folletos):		
Condiciones meteorológicas a la hora de la desaparición:		
Eventos ocurridos durante las 24 horas previas al momento de la desaparición:		
¿Conoce la zona? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Desde cuándo?	
¿Existen peligros en la zona? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describirlos:	¿Los conoce? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene experiencia en zonas similares? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Realizando actividades similares? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿La persona más familiarizada con el área?, ¿peligros?, información de contacto:		

Equipamiento que llevaba					F
<p>Describir todos los artículos que lleva, tales como mochila, bolso, riñonera, cartera, billetera (describir contenido de cada uno), bastón, cerillas, encendedor, llaves, navaja de bolsillo, cámara, arma, munición, etc. (estilo, color, marca, tamaño).</p>					
(utilizar páginas adicionales, si es necesario)					
<p>Describir el tipo y la cantidad de comida y agua y/o bebidas que lleva, incluido alcohol (describir también los envoltorios o envases):</p>					
<p>Describir mascota o animales que le acompañan:</p>					
Dispositivos electrónicos			Batería		
¿PORTA?	TIPO	ESTADO	¿DE REPUESTO?	TIPO	ÚLTIMO CAMBIO O CARGA
• Tfno. móvil SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
• GPS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
• Tfno. satélite SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Número:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
• Radio/talkie SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
• Baliza de emergencia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
• Servicio de localización SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
• Proyecto Lifesaver SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<p>• Otros (dispositivos de localización tipo SPOT, aplicaciones de localización y seguimiento tipo Safe365 (Alpify), etc.):</p>					

Teléfono móvil	Compañía:	Número:	PIN/Contraseña:
	Marca y modelo:	¿Ha intentado llamar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Ha dejado un mensaje? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Ha enviado un mensaje de texto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿El usuario sabe como mandar mensajes de texto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Enviar mensajes?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
GPS	Configuración por defecto:	Datum:	Capaz de marcar waypoints? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Capaz de grabar rutas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Capaz de descargar rutas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Capaz de ir a un waypoint? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Está disponible el ordenador/portátil desde donde se descargaron las rutas?		
Frecuencia de radio :	¿Usa códigos CTCSS (PL (Private Line)/CG (Channel Guard))? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Frecuencia de check-in/ intervalo	
Número de baliza :	¿La baliza está registrada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Usuario y contraseña Web:	
Frecuencia de proyecto Lifesaver :	RFID # (identificación por radiofrecuencia):	En el sujeto:	
Otros:			

Experiencia del sujeto		G
Localidad/Municipio/Provincia/Estado/País de residencia:	¿Cuánto tiempo?	
Residencia(s) anteriores:	¿Cuánto tiempo?	
Lugar de nacimiento:		
¿Ha sido la persona objeto de una búsqueda antes? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Si es así, describa los detalles (fecha(s), circunstancias, cuánto tiempo estuvo desaparecida, dónde y cuándo se le encontró, en qué condición estaba cuando se le encontró, acciones llevadas a cabo por el sujeto. ¿Se perdió en grupo? (información de contacto de los otros miembros del grupo), etc.):		
Información adicional y comentarios:		

Salud física del sujeto		H
Condición física general: Sedentario <input type="checkbox"/> Activo: <input type="checkbox"/> Deportista <input type="checkbox"/>		
Limitaciones/discapacidades:		
Problemas médicos conocidos (problemas cardíacos, diabetes, hipertensión, etc.):		
¿Alérgico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Heridas, lesiones o traumatismos recientes:		Última comida:
Dolencias recientes (incluyendo males menores como resfriados):		
¿Necesita ayuda para desplazarse (bastón/muleta/andador/silla)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:		
¿Abusa de sustancias? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Drogas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Alcohol SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Medicamentos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Otros SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Embarazada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿De cuánto tiempo?	¿Menstruación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Médico:		Tfno.:
Dirección:		
Obtener los informes médicos.		

Visión y audición		I
¿Utiliza gafas graduadas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Las porta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Utiliza lentillas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Las porta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tipo de lentillas:	Tiempo de permanencia:	
¿Tiene gafas graduadas de repuesto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Las porta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene lentillas de repuesto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Las porta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Agudeza visual corregida:	Agudeza visual sin corrección:	
¿Daltonismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tipo:	
¿Problemas de visión durante la noche? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Otros problemas visuales:	Ultima revisión de la vista:	
Optometrista/Oftalmólogo, información de contacto:		
¿Problemas de audición? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Grado:	¿Sordera total? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Utiliza corrección? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Lleva audífono? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Implante coclear? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Trastornos cognitivos/Salud mental-emocional		J
Salud mental general:		
Problemas mentales conocidos:		
<p>¿En fechas recientes ha recibido alguna noticia negativa o sufrido algún acontecimiento negativo que le haya podido afectar emocionalmente? (enfermedad grave, fallecimiento, divorcio, separación, problema económico, accidente con consecuencias graves, violencia de género, incidentes relacionados con delitos de odio, despido, mobbing, fracaso escolar, bullying, cyberbullying, grooming, sexting, sextorsión, gossip, etc.):</p>		
<p>¿Demencia (Alzheimer)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>		
<p>¿Autismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>		<p>¿Discapacidad intelectual? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Enfermedad mental? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:</p>		
<p>¿Depresivo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Suicida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Intentos previos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:</p>
<p>¿Porta algún dispositivo de seguimiento/localización? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:</p>		
<p>¿El sujeto es peligroso para sí mismo o para los demás? explicar:</p>		
<p>¿El sujeto tiene acceso o es posible que porte un arma?</p>		
<p>¿Se han tenido en cuenta todas las armas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>		
<p>¿Se ha contado toda la munición? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>		
<p>Miedos y fobias: ¿miedo a animales (perros, caballos), agua, oscuridad, sirenas, ruidos fuertes, luces, uniformes, etc.?, describir:</p>		
<p>Persona concedora (nombre y apellidos):</p>	<p>Información de contacto:</p>	
<p>Cargo:</p>	<p>Dirección:</p>	
<p>Médico especialista (nombre y apellidos):</p>	<p>Información de contacto:</p>	
<p>Terapeuta (nombre y apellidos) :</p>	<p>Información de contacto:</p>	
<p>Trabajador social (nombre y apellidos):</p>	<p>Información de contacto:</p>	

Medicamentos: recetados y sin receta			K
Nombre del medicamento, efectos, dosificación, número de pastillas, etc.	Efectos si no se toma. Efectos de una sobredosis.	Dosis letal	

Identificación				L
Permiso de conducción	País:	Nº:	Fecha de expedición:	
Clase de vehículos autorizados a conducir, antigüedad y experiencia:				
Otras identificaciones:				
¿Inscrito en MedicAlert®, Safe Return® o programas similares para personas que sufren demencia (Alzheimer)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:				
¿Porta dispositivo de localización o seguimiento electrónico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> describir:				

Finanzas		M
Tarjetas de crédito y de débito: Enumere el tipo y número de tarjeta.		
Cuentas corrientes y de ahorro: Enumere los bancos y los números de cuenta.		
¿Movimientos recientes en las cuentas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Porta el sujeto tarjetas de crédito? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cartilla del banco? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Talonario de cheques? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Efectivo que porta:		
Describir:		
¿Porta el sujeto tarjeta de transporte público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Está personalizada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Historial detallado del sujeto		N
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Cónyuge o ex-cónyuge (nombre y apellidos):		
Nº DNI o pasaporte:		Tfno.:
Dirección (si es diferente):		
Hermanos (nombre, edad, teléfono, domicilio) / (agregar una página si es necesario)		
Padre (nombre y apellidos):		¿Vive? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Información de contacto (dirección y tfno.):		
Profesión y empresa:		
Madre (nombre y apellidos):		¿Vive? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Información de contacto (dirección y tfno.):		
Profesión y empresa:		
Otros familiares que puedan tener información:		

Profesión y empresa		O
Profesión principal:	¿Jubilado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Empresa:	¿Cuánto tiempo?:	
Persona de contacto:		
Empleos anteriores:		
Estudios (describir):		
¿Servicio militar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (especialidad):		¿Reserva? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿En activo en la actualidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Persona de contacto:		
Años de servicio:		
Religión/Creencias:	¿Practicante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Persona de contacto:		
¿Algún contacto reciente, cambios de comportamiento?		
Otras personas que puedan proporcionar información:		

Aficiones, intereses especiales	P
Aficiones:	
Experiencia en actividades al aire libre, montaña:	
Entrenamiento/experiencia en supervivencia:	
Entrenamiento/experiencia en primeros auxilios:	
Lugares favoritos para visitar:	
Capacidad atlética, movilidad:	
Habilidad nadando/no sabe nadar:	
¿Activo/proactivo o pasivo/reactivo?	
Actitud ante las autoridades:	

Personal		Q
Problemas sentimentales, financieros, legales o de cualquier otro tipo (anteriores, recientes, en la actualidad o previsibles en un futuro):		
¿En quién confía el sujeto y/o con quién habla frecuentemente por teléfono?		
¿La última persona con la que habló el sujeto?		
¿Cuándo y cuál fue el motivo?		
¿Al sujeto le gustan los animales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Reacción a perros, caballos?		
¿Cartas o escritos recientes? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Posee el sujeto un diario/artículos/biblia/blog?		
¿Tiene el sujeto acceso a un PC? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿a un portátil? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Describir ubicación, nombre de usuario(s), contraseñas(s):		
¿Se han comprobado los documentos abiertos recientemente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Se han comprobado las carpetas abiertas recientemente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Se han comprobado los navegadores de internet? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Los historiales de navegación, búsquedas y descargas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Sitios de interés/Marcadores o Favoritos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Se han comprobado los correos electrónicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Las agendas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Los calendarios? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Redes sociales (MySpace, Facebook, Twitter, Instagram, etc.):	Nombre de usuario/Alias	
Correos electrónicos:		
Si se tiene acceso al Smartphone de la persona desaparecida asegurarse que se han hecho las mismas comprobaciones que se realizan con el ordenador o portátil y además se han comprobado las aplicaciones instaladas (whatsApp, Tinder, Grindr, Snapchat, etc.)		
¿El sujeto fuma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Bebe? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Consume drogas legales o ilegales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Describir en detalle. Si fuma anotar la marca de tabaco.		

Información de planificación				T
Admón. o Servicio responsable:			Tfno.:	
Dirección:				
Nombre y apellidos (o número profesional) y cargo de la persona responsable:				
Información de contacto:				
Otros Servicios que asisten:				
Alerta Menor Desaparecido		Fecha:	Hora:	
Otras:				
Obtener:	Identificación <input type="checkbox"/>	Fotos <input type="checkbox"/>	Artículos olor <input type="checkbox"/>	Grabaciones <input type="checkbox"/>
Precauciones especiales, instrucciones para los equipos de búsqueda:				
Ubicación del Punto de Encuentro, PMA, direcciones, números de teléfono, frecuencias de radio:				
Acciones realizadas hasta la fecha (fecha y hora de este cuestionario):				
Persona a la que se le debe notificar la localización del sujeto:				
Información adicional y comentarios				

Suplemento: DEMENCIA			U	
Esta sección debe completarse en incidentes con personas con demencia.)				
Diagnóstico de la demencia (Alzheimer, Vascular, Parkinson, etc.):				
Elija el cuadro inferior que mejor describa a la persona desaparecida (rodée con un círculo)				
Confusión leve y olvidos, memoria a corto plazo afectada.	Dificultad para distinguir el tiempo, el lugar y las personas. Algunas dificultades con el lenguaje.	Casi completa pérdida de juicio y de razonamiento y pérdida de control físico.		
¿La persona desaparecida recuerda su propio nombre?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿La persona desaparecida sabe donde está cuando está en casa?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿La persona desaparecida reconoce el vecindario local?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Reconoce rostros familiares?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Respondería si es llamada por su nombre?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Es capaz de mantener una conversación?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿La persona desaparecida tiene la capacidad de decir la hora?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Deambula durante el día?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Deambula por la noche?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Deambula dirigiéndose a un objetivo?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿El deambular parece aleatorio?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Distancia que habitualmente camina cada día (durante la pasada semana)				Km.
Mayor distancia caminada durante los últimos 3 meses				Km.
Mayor distancia caminada durante los últimos diez años				Km.
Estime la mayor distancia que cree que la persona podría caminar				Km.
Califique la capacidad de la persona desaparecida para caminar (rodée con un círculo)				
Confinada en cama/incapaz de caminar.	Requiere andador o bastón para caminar distancias pequeñas	Camina sin asistencia distancias cortas arrastrando los pies o cojeando	Camina con asistencia	Camina sin esfuerzo

Actividad	SI/NO	NS/NC
Capacidad de elegir la ropa adecuada (<i>ocasión, meteorología y color</i>).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Vestirse a sí mismo por completo.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Decidir qué necesita comer.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Comer de manera autónoma.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Intentar telefonar a alguien en el momento adecuado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Encontrar y marcar un número de teléfono correctamente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Llegar a un destino conocido o no familiar sin perderse.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Tomar la decisión de salir (para andar, visitar, comprar, etc.) en el momento apropiado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
De manera segura tomar un medio adecuado de transporte (coche, autobús, taxi).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
¿Tomar sus medicamentos en el horario y la dosis correcta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
¿La persona muestra interés en actividades de ocio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
¿Está orientada hacia el pasado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Recuerda frecuentemente vivencias del pasado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿alguna en concreto?, describir:		
Determinar en qué parte del pasado está actualmente "viviendo" el sujeto para establecer posibles destinos.		
¿Ha mostrado últimamente alguna idea recurrente como querer ir a visitar a alguien o a algún lugar, aunque esa persona o lugar ya no existan?		
¿Cómo responde la persona a los extraños? ¿Se acerca a los extraños? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Es capaz de mantener una conversación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Cuánto tiempo puede durar una conversación promedio hasta que una persona sospeche que algo va mal o no está bien?		

Obtener:	V
Fotografía reciente válida para el cartel, ficha de búsqueda, etc.: <input type="checkbox"/>	
Fotografía o video reciente con la misma vestimenta que el día de la desaparición: <input type="checkbox"/>	
Archivo huellas dactilares: <input type="checkbox"/>	
Odontograma (carta dental) o radiografías dentales: <input type="checkbox"/>	
Informes médicos: <input type="checkbox"/>	

Preservar (proteger):	W
UPA/UPC: <input type="checkbox"/>	
Indicios encontrados: <input type="checkbox"/>	
Camiseta para dormir (pijama) /ropa interior/funda de almohada: <input type="checkbox"/>	
Cepillo de dientes: <input type="checkbox"/>	
Cepillo para el cabello: <input type="checkbox"/>	
Domicilio/habitación de la persona desaparecida <input type="checkbox"/>	
Móvil/Ordenador/dispositivos informáticos <input type="checkbox"/>	
Vehículo(s) <input type="checkbox"/>	