



DILIGENCIAS A PREVENCION

INSTRUÍDAS POR ACCIDENTE DE CIRCULACION



ÁREA DE ALCALDÍA Y PROTECCIÓN CIUDADANA
POLICÍA LOCAL

MOD.1

DILIGENCIAS A PREVENCION Nº	AVISO Nº	AGENTES:
-----------------------------	----------	----------

HORA:	LUGAR:
-------	--------

VEHICULO TIPO	VEHICULO "A"	CONDUCTOR/A
MATRICULA:		NOMBRE.
MARCA Y MODELO:		1er. APELLIDO
FECHA MATRICULACION:		2º APELLIDO:
ITV VALIDA HASTA:		NACIDO EN:
CIA. SEGUROS:		PROVINCIA/PAIS:
PROPIETARIO/A		FECHA NACIMIENTO:
NOMBRE:		DOMICILIO:
1er. APELLIDO:		MUNICIPIO:
2º APELLIDO:		PROVINCIA:
DOMICILIO:		DNI./NIE./PASS./OTROS:
MUNICIPIO:		FECHA EXP. PERMISO:
PROVINCIA:		NACIONALIDAD:
TELEFONO:		TELEFONO:
DNI./NIE./PASS./OTROS		EMAIL:
EMAIL:		PARTES MEDICOS NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

LESIONES A: CONDUCTOR/A: HERIDO INGRESO > 24 H. HERIDO ASISTENCIA SANITARIA < = 24 H. ILESO.

MANIFESTACION CONDUCTOR/A VEHICULO "A":	FECHA:	, HORA:
---	--------	---------

FIRMA

VEHICULO TIPO	VEHICULO "B"	CONDUCTOR/A
MATRICULA:		NOMBRE.
MARCA Y MODELO:		1er. APELLIDO
FECHA MATRICULACION:		2º APELLIDO:
ITV VALIDA HASTA:		NACIDO EN:
CIA. SEGUROS:		PROVINCIA/PAIS:
PROPIETARIO/A		FECHA NACIMIENTO:
NOMBRE:		DOMICILIO:
1er. APELLIDO:		MUNICIPIO:
2º APELLIDO:		PROVINCIA:
DOMICILIO:		DNI./NIE./PASS./OTROS:
MUNICIPIO:		FECHA EXP. PERMISO:
PROVINCIA:		NACIONALIDAD:
TELEFONO:		TELEFONO:
DNI./NIE./PASS./OTROS		EMAIL:
EMAIL:		PARTES MEDICOS NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

LESIONES A: CONDUCTOR/A: HERIDO INGRESO > 24 H. HERIDO ASISTENCIA SANITARIA < = 24 H. ILESO.

MANIFESTACION CONDUCTOR/A VEHICULO "B":	FECHA:	, HORA:
---	--------	---------

FIRMA

IDENTIFICACIÓN DE OCUPANTES Y / O HERIDOS

VEHICULO: (A), (B), (C), (D) //POSICION: (1Y 2) OCUPANTES ASIENTOS DELANTEROS, (3, 5, 4) OCUPANTES ASIENTOS TRASEROS.
ESTADO: (>) HERIDO INGRESO > 24 HORAS. (=) HERIDO ASISTENCIA SANITARIA < = 24 HORAS. (O) ILESO.

<input type="checkbox"/> PEATON, <input type="checkbox"/> CICLISTA, <input type="checkbox"/> TESTIGO		DAÑOS AL PATRIMONIO	PRIVADO <input type="checkbox"/> PUBLICO <input type="checkbox"/>
NOMBRE:		DESCRIPCION:	
1er. APELLIDO:			
2º APELLIDO:			
NACIDO EN:		PROPIETARIO:	
PROVINCIA:		NOMBRE:	
FECHA NACIMIENTO:		1er. APELLIDO:	
DOMICILIO:		2º APELLIDO:	
MUNICIPIO:		DOMICILIO:	
PROVINCIA/PAIS:		MUNICIPIO / PROVINCIA:	
DNI./NIE./PASS/OTROS:		DNI/NIE/PASS/OTROS:	
NACIONALIDAD:		TELEFONO:	
TELEFONO:		BICICLETA:MAR/MOD	
EMAIL:		NUMERO BASTIDOR	
OTROS:		SEGURO:	
		PARTES MEDICOS	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
LESIONES A: PEATON <input type="checkbox"/> CICLISTA <input type="checkbox"/> HERIDO INGRESO 24H <input type="checkbox"/> HERIDO ASISTENCIA SANITARIA 24H <input type="checkbox"/> LEGG			

LESIONES A: PEATON **CICLISTA:** HERIDO INGRESO > 24 H. HERIDO ASISTENCIA SANITARIA < = 24 H. ILESO.

MANIFESTACION **PEATÓN**, **CICLISTA**, **TESTIGO**.

FECHA:

HORA:

FIRMA

INSPECCIÓN OCULAR

VISIBILIDAD RESTRINGIDA POR:			REGULACION DE PRIORIDAD		
<input type="checkbox"/> BUENA VISIBILIDAD	<input type="checkbox"/> OBRAS		<input type="checkbox"/> SOLO NORMA GENÉRICA		
<input type="checkbox"/> EDIFICIO	<input type="checkbox"/> CONTENEDORES		<input type="checkbox"/> AGENTE O PERSONA AUTORIZADA		
<input type="checkbox"/> INSTALACIONES O ELEMENTOS DE LA VIA	<input type="checkbox"/> FACTORES ATMÓFERICOS		<input type="checkbox"/> SEMÁFORO		
<input type="checkbox"/> CONFIGURACION DEL TERRENO	<input type="checkbox"/> ELEMENTOS DECORATIVOS		<input type="checkbox"/> SEÑAL VERTICAL, <input type="checkbox"/> HORIZONTAL "STOP"		
<input type="checkbox"/> VEGETACIÓN O ÁRBOLES	<input type="checkbox"/> OTROS OBJETOS EN LA VIA		<input type="checkbox"/> SEÑAL VERTICAL, <input type="checkbox"/> HORIZONTAL "CEDA EL PASO"		
<input type="checkbox"/> DESLUMBRAMIENTO POR SOL	<input type="checkbox"/> PANELES Y PUBLICIDAD		<input type="checkbox"/> SOLO MARCAS VIALES SIN INSCRIPCIONES		
<input type="checkbox"/> DESLUMBR. POR ALUMBRADO ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> OTRAS RESTRICCIONES		<input type="checkbox"/> PASO PEATONES NO ELEVADO		
<input type="checkbox"/> DESLUMBR. POR FAROS DE OTRO VEHICULO			<input type="checkbox"/> PASO PEATONES SOBRE - ELEVADO		
<input type="checkbox"/> UN VEHICULO (<input type="checkbox"/> PARADO, <input type="checkbox"/> MOVIMIENTO, <input type="checkbox"/> ESTACIONADO)			<input type="checkbox"/> OTRA SEÑAL		
SUPERFICIE DEL FIRME		ESTADO METEOROLÓGICO	ILUMINACION		
<input type="checkbox"/> SECO Y LIMPIO		<input type="checkbox"/> DESPEJADO	<input type="checkbox"/> LUZ DIA NATURAL, SOLAR		
<input type="checkbox"/> CON BARRO, <input type="checkbox"/> GRAVILLA SUELTA		<input type="checkbox"/> NUBLADO	<input type="checkbox"/> AMANECER, <input type="checkbox"/> ATARDECER SIN LUZ ARTIFICIAL		
<input type="checkbox"/> MOJADO		<input type="checkbox"/> LLUVIA DEBÍL	<input type="checkbox"/> AMANECER, <input type="checkbox"/> ATARDECER CON LUZ ARTIFICIAL		
<input type="checkbox"/> MUY ENCHARCADO, <input type="checkbox"/> INUNDADO		<input type="checkbox"/> LLUVIA FUERTE	<input type="checkbox"/> SIN LUZ NATURAL Y LUZ ARTIFICIAL SUFICIENTE		
<input type="checkbox"/> CON ACEITE		<input type="checkbox"/> NIEBLA LIGERA, <input type="checkbox"/> DENSA	<input type="checkbox"/> SIN LUZ NATURAL Y LUZ ARTIFICIAL INSUFICIENTE		
<input type="checkbox"/> OTRA		<input type="checkbox"/> VIENTO FUERTE	<input type="checkbox"/> SIN ILUMINACION NATURAL NI ARTIFICIAL		
ACERA / <input type="checkbox"/> ARSEN		NUDO	INFORMACION INTERSECCION		
<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO PRACTICABLE		<input type="checkbox"/> EN LA ZONA DE INFLUENCIA	DE INTERSECCION O NUDO → <input type="checkbox"/> EN X O + .		
ANCHURA DE ARSEN		<input type="checkbox"/> EN ZONA DE INFLUENCIA DE INTERSECCIÓN ONUDO	<input type="checkbox"/> EN T O Y . .		
<input type="checkbox"/> SI, <input type="checkbox"/> NO ELEVADA, ANCHURA			<input type="checkbox"/> GLORIETA.		
OTROS:			<input type="checkbox"/> GLORIETA PARTIDA .		
			<input type="checkbox"/> SEMIGLORIETA .		
			<input type="checkbox"/> EN ESTRELLA .		

JUICIO CRÍTICO / DINAMICA DEL ACCIDENTE:

A Indicar con una flecha el punto de choque inicial →

DAÑOS APRECIADOS / LESIONES

