



Excmo. Ayuntamiento de
el Ejido.

DILIGENCIAS A PREVENCION



ÁREA DE ALCALDÍA Y PROTECCIÓN CIUDADANA
POLICÍA LOCAL

MOD.1

INSTRUÍDAS POR ACCIDENTE DE CIRCULACION

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

Y

, FECHA:

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

VEHICULO TIPO	VEHICULO "C", <input type="checkbox"/> TESTIGO	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: <input type="checkbox"/> HERIDO INGRESO > 24 H. <input type="checkbox"/> HERIDO ASISTENCIA SANITARIA < = 24 H. <input type="checkbox"/> ILESO.		
MANIFESTACION CONDUCTOR/A <input type="checkbox"/> VEHICULO "C", <input type="checkbox"/> TESTIGO FECHA:		HORA:
FIRMA		

VEHICULO TIPO	VEHICULO "D", <input type="checkbox"/> TESTIGO	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: <input type="checkbox"/> HERIDO INGRESO > 24 H. <input type="checkbox"/> HERIDO ASISTENCIA SANITARIA < = 24 H. <input type="checkbox"/> ILESO.		
MANIFESTACION CONDUCTOR/A <input type="checkbox"/> VEHICULO "D", <input type="checkbox"/> TESTIGO FECHA:		HORA:
FIRMA		

VEHICULO TIPO	VEHICULO "E", <input type="checkbox"/> TESTIGO	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"/>	

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 > 24 H. <input type="checkbox"/> HERIDO ASISTENCIA SANITARIA < = 24 H. <input type="checkbox"/> ILESO.		
MANIFESTACION <input type="checkbox"/> PEATÓN, <input type="checkbox"/> CICLISTA, <input type="checkbox"/> TESTIGO.		FECHA:
		HORA:
FIRMA		

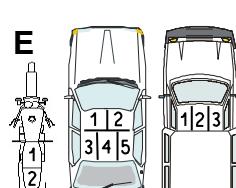
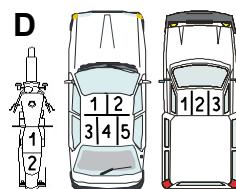
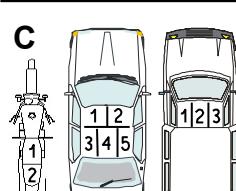
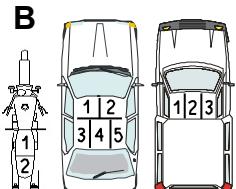
INSPECCIÓN OCULAR

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 ANCHURA DE ARSEN	<input type="checkbox"/> EN LA ZONA DE INFLUENCIA	DE INTERSECCION O NUDO → <input type="checkbox"/> EN X O + .	
<input type="checkbox"/> SI, <input type="checkbox"/> NO ELEVADA, ANCHURA	<input type="checkbox"/> EN ZONA DE INFLUENCIA DE INTERSECCIÓN ONUDO	<input type="checkbox"/> EN T O Y .	
OTROS:	↓ <input type="checkbox"/> RECTA <input type="checkbox"/> CURVA	<input type="checkbox"/> GLORIETA .	
		<input type="checkbox"/> GLORIETA PARTIDA .	
		<input type="checkbox"/> SEMIGLORIETA .	
		<input type="checkbox"/> EN ESTRELLA .	

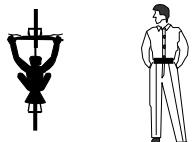
JUICIO CRÍTICO / DINAMICA DEL ACCIDENTE:

DAÑOS APRECIADOS / LESIONES

Indicar con una flecha → el punto de choque inicial

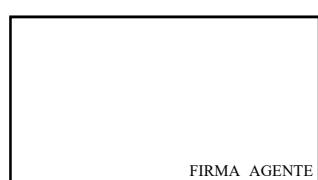


CICLISTA / PEATON

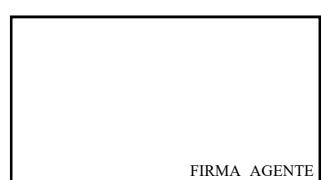


FIRMA

CROQUIS DEL ACCIDENTE



FIRMA AGENTE



FIRMA AGENTE