



Excmo. Ayuntamiento de
El Ejido

DILIGENCIAS A PREVENCION

INSTRUIDAS POR ACCIDENTE DE CIRCULACION



ÁREA DE ALCALDÍA Y PROTECCIÓN CIUDADANA
POLICÍA LOCAL

MOD.1

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: <input type="checkbox"/> HERIDO INGRESO > 24 H. <input type="checkbox"/> HERIDO ASISTENCIA SANITARIA < = 24 H. <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> HERIDO INGRESO > 24 H. <input type="checkbox"/> HERIDO ASISTENCIA SANITARIA < = 24 H. <input type="checkbox"/> 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"/>
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 "E", <input type="checkbox"/> TESTIGO FECHA: HORA:			
			FIRMA

IDENTIFICACIÓN DE OCUPANTES Y / O HERIDOS						
NOMBRE, APELLIDOS	NACIONALIDAD	D.N.I. / N.I.E	TELEFONO:	VEHICULO	POSICION	ESTADO

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.

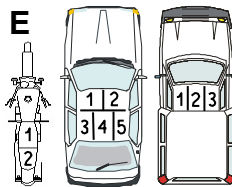
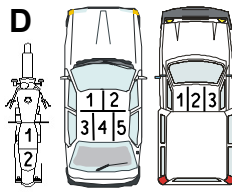
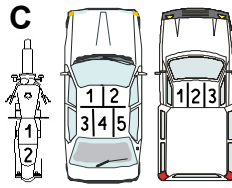
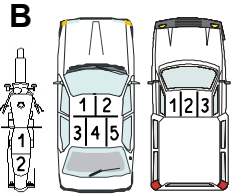
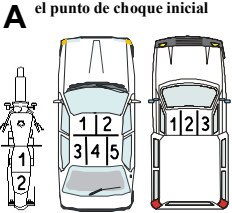
<input type="checkbox"/> PEATON, <input type="checkbox"/> CICLISTA, <input type="checkbox"/> TESTIGO		DAÑOS AL PATRIMONIO	PRIVADO <input type="checkbox"/> PUBLICO <input type="checkbox"/>
NOMBRE:		DESCRIPCION:	
1er. APELLIDO:			
2º APELLIDO:			
NACIDO EN:		PROPIETARIO:	
PROVINCIA:		NOMBRE:	
FECHA NACIMIENTO:		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 ATMOSFERICOS	<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
<input type="checkbox"/> ACERA / <input type="checkbox"/> ARCEN	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 ARCEN	<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"/> RECTA	<input type="checkbox"/> GLORIETA PARTIDA .
	<input type="checkbox"/> CURVA	<input type="checkbox"/> SEMIGLORIETA .
		<input type="checkbox"/> EN ESTRELLA .

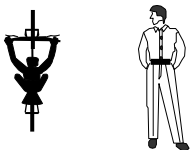
JUICIO CRÍTICO / DINAMICA DEL ACCIDENTE:

DAÑOS APRECIADOS / LESIONES

Indicar con una flecha →
el punto de choque inicial



CICLISTA / PEATON



FIRMA

CROQUIS DEL ACCIDENTE

FIRMA AGENTE

FIRMA AGENTE