

1 DATOS PERSONALES DE LA PERSONA FALLECIDA

Apellido:

Nombre:

Sexo:

Masculino Femenino

Número de caso de las fuerzas de seguridad
(si se encuentra disponible):

Número de caso del forense (si se conociera):

Órgano de fuerzas de seguridad (si corresponde):

Fecha de nacimiento:

MM

DD

AAAA

Fecha de fallecimiento: Estimada Determinada Conocida

MM

DD

AAAA

Lugar donde se produjo la lesión (domicilio postal, incluido código postal):

2 UBICACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA

¿Se encontró a la persona fallecida **BAJO TECHO**? Sí No → Vaya a la sección 3: Información sobre las circunstancias de la muerte

¿En qué parte de la residencia o edificio se la encontró?

¿De qué estaba hecha la estructura? Ladrillo Madera Se desconoce Otro (*Describe*)

Describe la condición de la estructura donde se encontró a la persona fallecida (por ejemplo, en mal estado):

¿Había electricidad? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es NO, estime la duración de la interrupción en el suministro eléctrico: Horas Días

¿Cuál fue la causa de la interrupción en el suministro eléctrico?

- Tormenta/condiciones climáticas
- Apagón programado
- Suministro eléctrico desconectado por la compañía de electricidad
- Estructura sin cableado eléctrico
- Se desconoce
- Otra, *describa*

3 INFORMACIÓN SOBRE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE

¿La causa de la muerte parece deberse a alguna de las siguientes circunstancias?

Seleccione todas las posibles causas. Complete las secciones que correspondan, LUEGO vaya a la sección 9.

- Excesiva exposición a bajas temperaturas o hipotermia → Complete la sección 4: Preguntas sobre la excesiva exposición
- Choque vehicular → Complete la sección 5: Preguntas sobre accidentes vehiculares
- Intoxicación con monóxido de carbono → Complete la sección 6: Preguntas sobre la exposición al monóxido de carbono
- Lesión. Golpe (por ejemplo, se le incrustó un objeto) / traumatismo / quemaduras / inhalación de humo → Complete la sección 7: Preguntas sobre la lesión
- Otra (por ejemplo, exacerbación de enfermedades crónicas) → Complete la sección 8: Preguntas sobre otras causas no relacionadas con la lesión

4 PREGUNTAS SOBRE LA EXCESIVA EXPOSICIÓN A BAJAS TEMPERATURAS O HIPOTERMIA

Si se encontró a la persona fallecida BAJO TECHO:

- A. ¿En la habitación donde se encontró a la persona fallecida había alguno de los siguientes elementos?
- B. Si los había, ¿estaban en buenas condiciones?
- C. Si los había y funcionaban, ¿estaban encendidos?

	A. ¿Presente?	B. ¿En funcionamiento?	C. ¿Encendido?
Calefacción (calentador)	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No PARE <input type="checkbox"/> Se desconoce PARE	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No PARE <input type="checkbox"/> Se desconoce PARE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Calentador de ambiente	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No PARE <input type="checkbox"/> Se desconoce PARE	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No PARE <input type="checkbox"/> Se desconoce PARE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Otro dispositivo de calefacción (calentador portátil)	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No PARE <input type="checkbox"/> Se desconoce PARE	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No PARE <input type="checkbox"/> Se desconoce PARE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce

Las ventanas estaban:

- Cerradas
- Abiertas
- Se desconoce

Si se encontró a la persona fallecida AL AIRE LIBRE: ¿Estaba cerca de una estructura que podría servir de refugio ante condiciones climáticas y/u ofrecer temperaturas cálidas?

- Sí
- No
- Se desconoce

Describa:

5 PREGUNTAS SOBRE EL ACCIDENTE VEHICULAR

Describa el accidente vehicular:

- ¿El vehículo salió de la ruta o chocó a causa de la nieve, el hielo u otra condición climática característica del invierno? Sí No Se desconoce
- ¿El vehículo chocó contra escombros o fue golpeado por estos (por ejemplo, caída de árboles)? Sí No Se desconoce
- ¿La persona fallecida se dirigía o regresaba del trabajo al momento de la lesión? Sí No Se desconoce
- ¿La persona fallecida realizaba una tarea relacionada con el trabajo al momento de la lesión? Sí No Se desconoce
- ¿La persona fallecida trabajaba en acciones de respuesta o recuperación? Sí No Se desconoce

6 PREGUNTAS SOBRE LA EXPOSICIÓN AL MONÓXIDO DE CARBONO

Describe la evidencia y las circunstancias de la supuesta exposición al CO:

Mediciones del CO

¿Se verificó si había CO en la estructura?	¿Se realizaron mediciones ambientales de CO?	Nivel de CO (ppm)	¿Quién realizó la medición? (por ejemplo, los bomberos, la policía)	Fecha/hora en que se realizó
<input type="checkbox"/> Sí →	<input type="checkbox"/> Sí →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> No PARE	<input type="checkbox"/> No PARE			
<input type="checkbox"/> Se desconoce PARE	<input type="checkbox"/> Se desconoce PARE			

Alarma de CO

¿Había una alarma de CO?	¿En funcionamiento?	¿Se accionó?	¿Dónde estaba la alarma de CO con respecto a la persona fallecida?
<input type="checkbox"/> Sí →	<input type="checkbox"/> Sí →	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> No PARE	<input type="checkbox"/> No PARE	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Se desconoce PARE	<input type="checkbox"/> Se desconoce PARE	<input type="checkbox"/> Se desconoce	

¿Hubo denuncias de incendio o humo? Sí No Se desconoce

¿Había alguna de las siguientes fuentes potenciales (marque todas las opciones que correspondan)?
Si la respuesta es SÍ, indique la distancia entre la posible fuente de CO o incendio y la persona fallecida:

- Fuente de calor (calderas, calentador): (pies)
- Calentador de ambiente a queroseno o a gas: (pies)
- Generador (cerca o adentro): (pies)
- Parrilla diseñada para uso externo: (pies)
- Cortadora de césped: (pies)
- Lavadora eléctrica: (pies)
- Aparato doméstico: (pies)

Especifique el tipo:

6 PREGUNTAS SOBRE LA EXPOSICIÓN AL MONÓXIDO DE CARBONO (CONTINUACIÓN)

Vehículo automotor. Si la respuesta es Sí:

- | | | | |
|---------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| ¿El vehículo estaba en un espacio cerrado? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| ¿El motor estaba encendido? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| ¿La batería estaba descargada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| ¿El tanque de combustible estaba vacío? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| ¿El vehículo estaba cerrado? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| ¿Había un control remoto de encendido? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| ¿Había un sistema de encendido sin llave? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| ¿Había mangueras/aparatos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| ¿El tubo de escape estaba bloqueado? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| ¿Había un escape o se informó su presencia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se desconoce |

Otra fuente posible, *describa*

7 PREGUNTAS SOBRE LA LESIÓN

¿Cómo ocurrió la lesión? Seleccione todas las opciones que correspondan:

Caída, resbalón, tropezón (*Especifique*)

Desde altura (*Describa*)

Mismo nivel (*Describa*)

Golpe con o contra algo (*Describa*)

Aplastamiento (*Describa*)

Asfixia (*Describa*)

Corte/laceración/incrustación (*Describa*)

Corriente eléctrica o quemadura (*Describa*)

Quemadura y/o inhalación de humo (*Describa*)

Exposición al monóxido de carbono (*si la respuesta es Sí, complete la sección 6: Preguntas sobre la exposición al monóxido de carbono*)

Accidente vehicular (*Si la respuesta es Sí, complete la sección 5: Preguntas sobre el choque de vehículo*)

Otra, *describa*

8 PREGUNTAS SOBRE OTRAS CAUSAS NO RELACIONADAS CON LA LESIÓN

Describe las circunstancias en torno a esta muerte no relacionada con la lesión. Seleccione todas las opciones que correspondan:

- Falta de acceso a equipo médico duradero (por ejemplo, oxígeno domiciliario) (Describe)
- Falta de acceso a atención médica ante riesgo de vida (por ejemplo, diálisis) (Describe)
- Exacerbación de enfermedad crónica (Describe)
- Estado de salud vulnerable (por ejemplo, más de 85 años, demencia) (Describe)
- Otra, describe

9 INFORMACIÓN ACERCA DE LA PERSONA FALLECIDA

¿La persona fallecida tenía alguna discapacidad? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es SÍ, ¿qué discapacidad?

Antes de morir, ¿la persona fallecida estaba participando en alguna de las siguientes actividades?

Si la respuesta es SÍ, describe:

Hacía ejercicio al aire libre
 Sí No Se desconoce

Trabajaba al aire libre (laboral)
 Sí No Se desconoce

Participaba en otra actividad al aire libre (no laboral)
 Sí No Se desconoce

Estaba quitando nieve
 Sí No Se desconoce

Estaba sumergida en agua
 Sí No Se desconoce

¿Cuánto tiempo hacía que participaba en estas actividades al aire libre?

Descripción de la vestimenta, incluidos los materiales:

¿La vestimenta era acorde a las condiciones? Sí No Se desconoce

¿La ropa estaba mojada/húmeda? Sí No Se desconoce

¿Hay evidencia de que se haya quitado la ropa? Sí No Se desconoce

¿La persona fallecida vivía sola? Sí No Se desconoce

¿La persona fallecida era indigente? Sí No Se desconoce

10 INFORMACIÓN SOBRE LA TORMENTA

Documente las condiciones climáticas de las 24 horas previas a la hora estimada de la muerte en el área del código postal donde se produjo la lesión:

(Fuente: administrador de emergencias local o Servicio Meteorológico Nacional)

¿La tormenta de nieve o hielo, u otra condición invernal afectaron el área en la que se produjo la lesión o muerte?

Sí No Se desconoce

Nombre de la tormenta, si corresponde:

¿Hubo una declaración federal o estatal de estado de emergencia? Sí No Se desconoce

Cuando cerró el caso, ¿vio evidencia de que la muerte se relacionaba con lo siguiente?

- La fuerza directa de la tormenta o el clima invernal
 Un entorno no seguro provocado por el clima invernal o la tormenta
 Acciones realizadas por la persona fallecida durante el clima invernal o la tormenta

Si respondió que Sí a alguna de las preguntas anteriores, describa:

11 FUENTES DE LOS DATOS

¿Qué fuentes de datos se emplearon para completar este informe? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Registros y/o entrevistas con fuerzas de seguridad
 Entrevistas y/o planillas de servicios de emergencias médicas
 Registros y/o entrevistas del hospital o del Departamento de Emergencias
 Historias clínicas anteriores
 Historias clínicas de salud mental
 Registros de tratamiento por abuso de sustancias
 Medios online (por ejemplo, informes de periódicos, detalles del clima)
 Entrevistas con encargados de emergencias locales
 Entrevistas con el personal local de la oficina del Servicio Meteorológico Nacional
 Otras entrevistas, especifique con quién:

Otra, especifique:

Formulario completado por

Nombre/información de contacto:

Fecha: