|  |
| --- |
| ***Datos del infante desaparecido*** |
| Nombre: |
| No. de registro: En caso de hospitalización, número de cama: |
| Sexo: femenino ( ) masculino ( ) Edad: |
| Color de piel: Color de ojos: |
| Tipo y color de cabello: Estatura: |
| Complexión: Nacionalidad: |
| Ropa que vestía: |
| Accesorios: |
| Señas particulares: |
| Nombre del familiar responsable: |
| Teléfono de casa: teléfono celular: |
| ***Datos de la desaparición:***  |
| Lugar de desaparición: Consulta externa ( ) Hospitalización ( ) otro lugar: ( ) |
| Especificar: |
| Descripción de la desaparición: |
| ***Persona que reporta:***  |
| Nombre: |
| Fecha: Hora: Servicio: |
| Profesión: Enfermera ( ) Médico ( ) Trabajadora Social ( ) Otro ( ) |
| Teléfono de oficina: particular: celular: |
| Relación con el infante: |
| ***Persona que recibe el reporte*** |
| Nombre y firma |
| ***Seguimiento del reporte*** |
| Se encontró el infante ( ) lugar y hora: |
| No se encontró el infante ( ) se dio aviso a: |