

FORMATO DE PRUEBA DECADACTILAR



L.E, DNI: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

LOCAL: Descripción _____ Código: _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

MANO IZQUIERDA

| |
|----------------|
| MEÑIQUE |
| ANULAR |
| MEDIO |
| INDICE |
| PULGAR |

FORMULA DACTILOSCOPICA

MD _____

 MI _____

CALIFICATIVO DE HUELLAS

- Huellas maltratadas ()
- Huella derecha maltratada ()
- Huella izquierda maltratada ()
- Sin mano derecha ()
- Sin mano izquierda ()
- Sin índice izquierdo ()
- Sin índice derecho ()
- Huellas deformadas permanentemente ()
- Huella derecha deformada permanentemente ()
- Huella izquierda deformada permanentemente ()
- Huellas deformadas temporalmente ()
- Huella derecha deformada temporalmente ()
- Huella izquierda deformada temporalmente ()
- Dedos amputados parcialmente ()
- Dedo derecho amputado parcialmente ()
- Dedo izquierdo amputado parcialmente ()
- Manos sudorosas ()
- Mano derecha sudorosa ()
- Mano izquierda sudorosa ()
- Manos agarrotadas ()
- Mano derecha agarrotada ()
- Mano izquierda agarrotada ()

MANO DERECHA

| |
|----------------|
| MEÑIQUE |
| ANULAR |
| MEDIO |
| INDICE |
| PULGAR |

Información Técnica Adicional:

Firma del Ciudadano

Firma y Sello del Funcionario Consular