



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres  
"Año de la universalización de la salud"

ANEXO: FORMATO ÚNICO DE REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

REGISTRO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
Comisaría: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>
Registro N°: <input type="text"/>	Grado: <input type="text"/>
Año: <input type="text"/>	CIPI N°: <input type="text"/>
Evento: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>
	DNI N°: <input type="text"/>
	Firma: <input type="text"/>

Visto Buena de Miembro PNP responsable de la diligencia:	
Nombre: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>
Grado: <input type="text"/>	DNI N°: <input type="text"/>
CIPI N°: <input type="text"/>	Firma: <input type="text"/>

1. Fecha y hora del accidente	Registre las casillas de acuerdo al formato indicado.	
1.1 Fecha: D D / M M / A A A A Hora: H H : M M	1.2 Hora: H H : M M	
2. Clase de accidente	Marque sólo una opción, si el accidente tiene una secuencia o es de clase "Especial" registrar en el 2.1.	
Atropello <input type="checkbox"/>	Ferroviano <input type="checkbox"/>	Choque con objeto fijo <input type="checkbox"/>
Choque <input type="checkbox"/>	Atropello fuga <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/>
Despiste <input type="checkbox"/>	Choque fuga <input type="checkbox"/>	Especial: <input type="checkbox"/>
Volcadura <input type="checkbox"/>	Caída de pasajero <input type="checkbox"/>	
2.1 Secuencia del accidente: <input type="text"/>		
3. Consecuencias del accidente	Marque una o más consecuencias. En caso de daños a personas o vehículos, registre la cantidad respectiva.	
3.1 Consecuencias:	3.2 Cantidad de fallecidos <input type="text"/>	<input type="text"/>
Fallecidos <input type="checkbox"/>	3.3 Cantidad de lesionados <input type="text"/>	<input type="text"/>
Lesionados <input type="checkbox"/>	3.4 Cantidad de vehículos dañados <input type="text"/>	<input type="text"/>
Daños materiales a vehículos <input type="checkbox"/>		
Daños materiales a propiedad de terceros <input type="checkbox"/>		
4. Ubicación del accidente	Rellenar las casillas	
4.1 Departamento <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2 Provincia <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3 Distrito <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.4 Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.5 Tipo de vía: Vía Expresa <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/>	En el caso de intersección registrar en el ítem 4.5 la información de la vía de mayor jerarquía.	
Autopista <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Carretera <input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.6 ¿Existe una ciclovía involucrada en el accidente? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.7 Dirección: Rellene la dirección exacta o el nombre de carretera.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.8 Lugar de Referencia <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.9. Kilómetro <input type="text"/> + <input type="text"/> 4.10 Código de carretera <input type="text"/>	Registre los ítems 4.9 y 4.10, en caso de accidente ocurrido en carretera.	
4.11. Coordenadas UTM: <input type="text"/>	Coordenada Sur <input type="text"/>	Coordenada Oeste <input type="text"/>
4.12. Condición climática: Soleado <input type="checkbox"/> Lluvioso <input type="checkbox"/> Niebla <input type="checkbox"/>	Despejado <input type="checkbox"/> Nevado <input type="checkbox"/> Granizado <input type="checkbox"/> Ventarón <input type="checkbox"/>	Nublado <input type="checkbox"/>
5. Vehículos y personas afectados	Registre las casillas.	
5.1. Número de vehículos <input type="text"/>	5.4. Número de pasajeros <input type="text"/>	<input type="text"/>
5.2. Número de conductores <input type="text"/>	5.5. Número de ocupantes <input type="text"/>	<input type="text"/>
5.3. Número de peatones <input type="text"/>		
6. Características del lugar del accidente	Marque sólo una opción o si marca "Otro" detallar.	
6.1. Zonificación: Residencial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		
6.2. Características de la vía: Intersección <input type="checkbox"/> Túnel <input type="checkbox"/> Tramo recto <input type="checkbox"/> Óvalo <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Paso a desnivel <input type="checkbox"/> Sinuosa <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>		
En el caso de intersección registrar los ítems 6.3 y 6.4 según el tipo de vía registrado en el ítem 4.5.		
6.3. Perfil longitudinal de la vía: Plana <input type="checkbox"/> Inclínada <input type="checkbox"/>	Observaciones <input type="text"/>	
6.4. Número de carriles: <input type="text"/> o <input type="text"/>	Número de senderos: <input type="text"/>	
6.5. Superficie de la calzada: Asfaltada <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Almacocho <input type="checkbox"/>	Trocha <input type="checkbox"/> Empedrado <input type="checkbox"/>	Observaciones: <input type="text"/>
6.6. ¿Existe alguna señalización próxima o en el lugar del accidente? En caso de no existir señalización pasar al ítem 7. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cascajo/ Rípiol <input type="checkbox"/>	





Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres  
"Año de la universalización de la salud"

*No se considera como señal a la publicidad. Marcar el tipo de clasificación y registrar el nombre de la señal.*

6.7. ¿Existe alguna señal vertical? Si  No

6.7.1. Clasificación: Reguladora (R)  Preventiva (P)  Informativa (I)   
Nombre: \_\_\_\_\_

6.7.2. Clasificación: Reguladora (R)  Preventiva (P)  Informativa (I)   
Nombre: \_\_\_\_\_

6.8. ¿Existe alguna señal horizontal? Si  No   
Nombre: \_\_\_\_\_

6.9. Límite de velocidad en dispositivos de control: Máxima  Km/h Mínima  Km/h

7. Causas del accidente de tránsito *Marcar la principal causa que ocasionó el accidente de tránsito.*

7.1. Imprudencia del conductor:  
Exceso de velocidad  Adelantamiento   
No dar paso preferente al peatón  Girar imprudentemente   
Fatiga y/o cansancio  Frenar intempestivamente   
Conducir en sentido contrario  No encender las luces   
Conducir en estado de ebriedad y/o drogadicción  Desacato de señal de tránsito   
Vehículo mal estacionado  Uso de dispositivos móviles   
Invasión de carril  Caída de mercancía   
No establecer el derecho de paso  Invasión ciclovía   
Exceso de pasajeros o carga  Otro:.....

7.2. Imprudencia del peatón:  
Cruce indebido de la calzada  Desacato de señal de tránsito   
Estado de ebriedad y/o drogadicción  Otro:.....   
Uso de dispositivos móviles y/o electrónicos

7.3. Imprudencia del pasajero/ocupante:  
Subir y bajar del vehículo en movimiento  Otro:.....   
Pasajeros fuera de la carrocería

7.4. Negligencia del Conductor:  
Conducir con fallas de dirección  Conducir con fallas de carrocería   
Conducir con fallas de frenos  Conducir con fallas eléctricas   
Conducir con fallas de neumáticos  Conducir con fallas de suspensión

7.5. Infraestructura y Entorno Vial:  
Señalización deficiente  Abandono de objetos en la vía   
Superficie deteriorada  Obras temporales   
Factor ambiental  Otro:.....

7.6. No identifica la causa



8. Observaciones *Detallar información adicional que considere de importancia.*

9. Diagrama del accidente (Croquis)

*\* Indicar el norte, y el correspondiente nombre y sentido de las vías involucradas*



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres  
"Año de la universalización de la salud"

**REGISTRO DE VEHICULO INVOLUCRADO**

Comisaría: \_\_\_\_\_  
 Registro N° **V** - Año \_\_\_\_\_ Evento \_\_\_\_\_ Vehículo N° \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Visto Bueno de Miembro PNP responsable de la diligencia:  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Grado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 CIP N°: \_\_\_\_\_ DNI N°: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**1. Datos del vehículo** Marque o registre.

1.1. Situación del vehículo Identificado  Fugado  Estacionado   
*En caso que el vehículo se ha fugado o no tenga placa, digitar "SIN PLACA".*

1.2. Número de placa del vehículo \_\_\_\_\_  
*Caso sin placa, continúe con ítem 1.4.*

1.3. País de registro del vehículo: \_\_\_\_\_ Perú  Otro  Indique país: \_\_\_\_\_

1.4. Cantidad de ocupantes y pasajeros involucrados \_\_\_\_\_

1.5. Indicar el RUC o el DNI del propietario legal del vehículo: \_\_\_\_\_

1.6. Clase de vehículo \_\_\_\_\_ 1.5.1 Nombre del propietario legal: \_\_\_\_\_  
 Automóvil  Camión  Trímulo pasajero   
 Station wagon  Remolcador  Trímulo carga   
 Camióneta pick up  Remolcador-Semirremolque  Bicicleta   
 Camióneta panel  Remolque  Triciclo motorizado   
 Minibus  Semirremolque  Triciclo no motorizado   
 Ómnibus  Motocicleta  Otro: \_\_\_\_\_  
 Bicimotob

1.7. Si es un vehículo Remolcador-Semirremolque, Indicar el Número de Placa de los vehículos remolcados:  
 Remolcado N° 1 \_\_\_\_\_  
 Remolcado N° 2 \_\_\_\_\_

**3. Certificado de seguro contra accidentes** Marque y en caso corresponda, detalle.

3.1. ¿Porta el certificado contra accidentes? Si  No  No Corresponde   
 3.2. ¿Posee? Si  No  ¿Está vigente? Si  No   
 3.3. ¿Está vigente? Si  No   
 3.4. Tipo de seguro: SOAT  CAT  Otro: \_\_\_\_\_

**4. Certificado de Inspección Técnica Vehicular** Marque y en caso corresponda, detalle.

4.1. ¿Porta el certificado de inspección vehicular? Si  No  No Corresponde   
 4.2. ¿Posee? Si  No  ¿Está vigente? Si  No   
 4.3. ¿Está vigente? Si  No   
 4.4. Describa las observaciones del Certificado, en caso hubiesen: \_\_\_\_\_

**2. Sobre el transporte** Marque

2.1. Modalidad del transporte:  
 Particular  Regular (interprovincial)  Escolar   
 Taxi  Servicio especial de pasajeros  Serenazgo   
 Turístico  Carga  Materiales Peligrosos  Ambulancia   
 Trabajadores  Vehículo policial  Otro: \_\_\_\_\_  
 Autob colectivo  Vehículo oficial   
 Público urbano

*Si la modalidad del transporte SI es Particular, sólo registrar el ítem 2.2 y pasar al ítem 3.1.  
 Si la modalidad del transporte NO es Particular registrar los ítems 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5.*

2.2. Elemento transportado: Personas  Carga y/o mercancías   
 2.3. Clasificación del transporte: Actividad privada  Servicio público   
 2.4. Datos de la empresa: \_\_\_\_\_

Ruc \_\_\_\_\_  
 Razón Social \_\_\_\_\_  
 2.5. Ámbito de servicio: Marcar en caso corresponda y se disponga de la información.  
 Distrital  Regional  Internacional   
 Provincial  Nacional

**5. Lugar del impacto sobre el vehículo**  
 Marque el lugar de impacto del vehículo que corresponda.  
 5.1. Motocicleta / bicimotob / bicicleta:  
 F: Frontal  C: Centro  P: Posterior  D: Derecha  I: Izquierda

5.2. Trímulo / Triciclo:  
 F: Frontal  C: Centro  P: Posterior  D: Derecha  I: Izquierda

5.3. Vehículos ligeros y pesados:  
 F: Frontal  C: Centro  P: Posterior  D: Derecha  I: Izquierda

5.4. Remolcado N° 1, en caso corresponda:  
 F: Frontal  C: Centro  P: Posterior  D: Derecha  I: Izquierda

5.5. Remolcado N° 2, en caso corresponda:  
 F: Frontal  C: Centro  P: Posterior  D: Derecha  I: Izquierda

5.6. Descripción de los daños materiales: \_\_\_\_\_

**6. Observaciones**  
 \_\_\_\_\_





Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres  
"Año de la universalización de la salud"

**REGISTRO DE PERSONA INVOLUCRADA**

Comisaría: P - Año - Evento - Vehículo N° - Persona N°

Visto Bueno de Miembro PNP responsable de la diligencia:

Nombre: ..... Teléfono: ..... Firma: .....  
 Rango: ..... DNI N°: .....

**1. Tipo de persona involucrada** Marque sólo una opción.

Conductor  Sin conductor  Peatin   
 Conductor fugado  Pasajero  Ocupante

**2. Estado de la persona involucrada** Marque sólo una opción.

2.1. Gravedad: Fallecido  No se conoce   
 Lesionado  Conductor ileso

2.2. Lugar de atención, en caso de "lesionado": Otro   
 Centro de salud público  Centro de salud privado

2.3. Lugar de defunción, en caso de "fallecido": En el centro de salud   
 En el lugar de los hechos  Carrinjo al centro de salud

**3. Documento de identificación personal** Marque o registre.

3.1. Situación de la persona Identificado  No identificado

3.2. Documento de identificación personal: Marque sólo una opción.  
 Documento Nacional  Camé de Extranjería  DNI / Cédula Extranjero   
 Documento Nacional  Camé de Extranjería

Indique Número: .....

3.3. País de nacionalidad: Perú  Otro  Indique país: .....

3.4. País de emisión de documento: Perú  Otro  Indique país: .....

3.5. Edad: ..... años 3.6. Sexo: Masculino  Femenino

**Si es CONDUCTOR registrar la sección 4 y 5.  
Si NO es CONDUCTOR pasar a la sección 5.**

**4. Licencia de conducir** Marque o registre sólo si se trata de un conductor.

4.1. ¿Cuenta con licencia de conducir? SI  No  Caso negativo, continúe con el ítem 5.1.

4.2. Número de licencia de conducir: ..... ¿Está vigente? SI  No

4.4. Clase y categoría: .....  
 4.5. País de emisión de la licencia: Perú  Otro: ..... Indique país: .....

4.6. Organismo emisor: MTC  PNP  FF.AA.  Municipalidad provincial   
 Otro: .....

4.7. En caso de ser una licencia emitida por el MTC, ¿aparece en el Sistema Nacional de Conducidores? SI  No  Marque sólo si puede comprobarlo.

**5. Dosaje etílico**

5.1. ¿Se sometió dosaje cualitativo? SI  No  Caso negativo, continúe con el ítem 5.6.  
 Hora de dosaje cualitativo: H: .. M: ..

5.2. Resultado de dosaje cualitativo: Positivo  Negativo

5.3. Lugar del dosaje cualitativo: In situ  Comisaría  Centro de Salud   
 Nombre del lugar del dosaje cualitativo: Otro: .....

5.4. ¿Se sometió dosaje cuantitativo? SI  No  Caso afirmativo, continúe con el ítem 5.8.  
 Razon por la cual no se sometió al dosaje: .....  
 Constata  Otro: .....  
 Hora de dosaje cuantitativo: H: .. M: ..  
 Resultado del dosaje cuantitativo: ..... gramos alcohol / litro sangre

6. Observaciones: .....

