

Expediente de datos del aparato explosivo

Preguntas que se deben hacer:

1. ¿Cuándo va a estallar el artefacto explosivo?
2. ¿Dónde está ahora?
3. ¿Qué aspecto tiene?
4. ¿Qué clase de dispositivo es?
5. ¿Qué provocará la explosión?
6. ¿Ud. colocó el dispositivo?
7. ¿Por qué?
8. ¿Cuál es su dirección?
9. ¿Cuál es su nombre?

La frase exacta de la amenaza: _____

Sexo de la persona que llama: _____ Acento: _____

Edad: _____ Duración de llamada _____

Número de la persona que llama: _____ Hora: _____ Fecha: _____

La voz de la persona que llama:

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Excitado/a | <input type="checkbox"/> Acento | <input type="checkbox"/> Balbucea | <input type="checkbox"/> Con carraspera |
| <input type="checkbox"/> Nasal | <input type="checkbox"/> Lento/a | <input type="checkbox"/> Fuerte | <input type="checkbox"/> Tose para despejar la garganta |
| <input type="checkbox"/> Tartamudo/a | <input type="checkbox"/> Rápido/a | <input type="checkbox"/> Burlón/a | <input type="checkbox"/> Respiración Profunda |
| <input type="checkbox"/> Ceceo | <input type="checkbox"/> Suave | <input type="checkbox"/> Lloroso/a | <input type="checkbox"/> Voz cortada |
| <input type="checkbox"/> Agresivo/a | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Calmado/a | <input type="checkbox"/> Disgustado a |
| <input type="checkbox"/> Ronco/a | <input type="checkbox"/> Distinto/a | <input type="checkbox"/> Enojado/a | <input type="checkbox"/> Familiar |

Si la voz le es familiar ¿a quién se le parece? _____

Sonidos de fondo:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ruidos de calle | <input type="checkbox"/> Música | <input type="checkbox"/> Maquinaria de Ofic. |
| <input type="checkbox"/> Maquinaria de fábrica | <input type="checkbox"/> Ruidos de casa | <input type="checkbox"/> Ruidos de Animales |
| <input type="checkbox"/> Voces | <input type="checkbox"/> Estática | <input type="checkbox"/> Sistema de autoperaltante |
| <input type="checkbox"/> Sin ruidos | <input type="checkbox"/> Cabina telefónica | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Idioma de amenaza:

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bien hablado | <input type="checkbox"/> Grosero | <input type="checkbox"/> Incoherente | <input type="checkbox"/> Observaciones _____ |
| <input type="checkbox"/> Amenazador | <input type="checkbox"/> Irracional | <input type="checkbox"/> Grabado | _____ |

**IMEDIATAMENTE LLAME A LA OFICINA DE SEGURIDAD PUBLICA
A LA EXT. 5511 PARA REPORTAR LA AMENAZA.**

Fecha: _____

Nombre: _____

Título: _____