



ACTA DE SIGNOS EXTERNOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INFLUENCIA DE DROGAS EN LA CONDUCCIÓN

NÚMERO DE DILIGENCIAS PENALES

Folio nº:

NÚMERO DE EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO

Acta de signos externos observados en: D/Dª _____ con DNI/NIE/PAS/DOI nº _____, a las _____ horas del día _____; en el Km./Nº _____ de la carretera/calle _____, término municipal de _____ (_____) y partido judicial de _____.

PRUEBAS REALIZADAS

ALCOHOLEMIA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	1ª/ mg/L a las _____ horas	2ª/ mg/L a las _____ horas	SUSTANCIA/S DETECTADAS
INDICIARIA DE DROGAS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	

MOTIVO DIFERENCIADOR QUE JUSTIFICA LA PRACTICA DE ESTAS PRUEBAS

Las presentes pruebas se realizan debido a (art. 21 Reglamento General Circulación):

ACCIDENTE ☐ INFRACCIÓN ☐ SÍNTOMAS ☐ CONTROL PREVENTIVO ☐

INFORMACIÓN PREVIA SOBRE INGESTA DE MEDICACIÓN

¿Se encuentra tomando algún tipo de sustancia o medicación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nombre completo del fármaco y cantidad en ml/cucharadas o mg/comprimidos		
Dosis habitual:	<input type="checkbox"/> MAÑANA	<input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOCHE
¿A qué hora tomó la última dosis?		
¿Motivo para dicho consumo? (información voluntaria)		
¿Ha consumido alguna cantidad de alcohol con dichos fármacos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cantidad y tipo de bebida?
¿Hace cuando tiempo?		

SIGNOS EXTERNOS:

A.- ACTITUD Y COMPORTAMIENTO:

Actitud ante las preguntas y las pruebas que se le solicitan	Dominio del idioma:	<input type="checkbox"/> Domina el castellano o lengua cooficial pero no comprende lo que se le indica o <input type="checkbox"/> Le cuesta mucho trabajo que entienda lo que se le plantea <input type="checkbox"/> No domina el castellano o lengua cooficial
	<input type="checkbox"/> Colabora voluntariamente	
	<input type="checkbox"/> Muestra un trato correcto y respetuoso	
	<input type="checkbox"/> Se muestra reticente, poco dispuesto y evitativo (dice estar dispuesto a colaborar pero recurre a excusas constantes para evitar la valoración)	
	<input type="checkbox"/> Agresivo verbalmente (increpa a los agentes, insulta, detallar sus palabras): _____	
	<input type="checkbox"/> Agresivo físicamente (dicha agresión física puede dirigirse contra sí mismo, los agentes o los acompañantes del conductor)	
	<input type="checkbox"/> Mantiene una actitud estuporosa (no reacciona ante las preguntas y las solicitudes que se le realizan)	
	<input type="checkbox"/> Se muestra adormilado	
	<input type="checkbox"/> Se muestra contento o eufórico	
	Otras observaciones: (detallar)	

B.- ASPECTO EXTERNO:

Aspecto corporal general	Presenta heridas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras observaciones: (detallar)
	Se rasca continuamente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Sudoración inapropiada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Respiración superficial	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Aspecto de la cara	Color pálido	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras observaciones: (detallar)
	Muy enrojecida	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Nariz enrojecida	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Esnifa constantemente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Vestidos	Desarreglados	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras observaciones: (detallar)
	Sucios	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Otros	Olor/halitosis alcohólica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Olor a cannabis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

C.- HABLA Y EXPRESIÓN VERBAL

Clara y lógica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Voz baja y rasposa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras observaciones: <i>(detallar)</i>
Titubeante	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Gritos o volumen elevado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Pastosa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Repetición frases o ideas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Incoherencias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Locuacidad, no para de hablar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Dificultosa, lentificada o mal articulada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tiempos muy elevados o falta de respuesta a las preguntas planteadas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

D.- ORIENTACIÓN TEMPORAL, ESPACIAL Y PERSONAL

Sabe determinar la hora aproximada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Conoce el día del mes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sabe indicar día de la semana	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Conoce el año en curso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sabe determinar donde se encuentra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sabe determinar el destino de su viaje	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sabe determinar el origen de su viaje	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Aporta datos sobre ruta viaje prevista	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Facilita su nombre y apellidos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Facilita su fecha nacimiento (día, mes y año)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Conoce su edad cronológica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indica su dirección (localidad, calle, nº...)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

E.- ASPECTOS MOTÓRICOS: COORDINACIÓN Y DEAMBULACIÓN

Signos y otros detalles observados durante la intervención	Coordinación y deambulación correcta		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras observaciones: <i>(detallar)</i>
	Incapacidad mantenerse en pie		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Oscilaciones verticalidad cuerpo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Pérdida/s de equilibrio		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Movimientos descoordinados o inconexos		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Movimientos excesivamente rápidos		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Movimientos excesivamente lentificados		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Mala coordinación ojo mano (caída objetos)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Temblores generalizados		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Temblores de piernas o manos		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Deambulación en línea recta	Se desvía excesivamente de la línea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Utiliza los brazos para mantener el equilibrio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Gira de forma incorrecta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

F.- CAPACIDAD DE REACCIÓN, ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

Dificultades para contar hasta 20 de dos en dos dígitos (2,4,6...,20)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras observaciones: <i>(detallar)</i>
Dificultades para contar desde 20 hacia atrás de tres en tres dígitos (20,17,14...)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

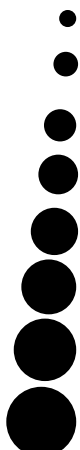
Dificultades en la lectura de la siguiente serie de letras. El conductor debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra "A":

F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A K A M O F A A B

Resultado (prueba no superada si ≥ 2 errores):

Otras observaciones: *(detallar)*

G.- PERCEPCIÓN VISUAL Y AUDITIVA:

Hace referencia a ver o haber visto fenómenos que no son viables de visualizar en ese momento		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Hace referencia a oír o haber oído voces o ruidos que no son viables en ese momento		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Conjuntiva enrojecida o con edema	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TABLA DIAMETROS PUPILARES		
Ojos brillantes/llorosos/vidriosos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Movimientos oculares de seguimiento: ¿Existe brusquedad y/o espasmo en el movimiento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	 <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div>2 mm</div> <div>3 mm</div> <div>4 mm</div> <div>5 mm</div> <div>6 mm</div> <div>7 mm</div> <div>8 mm</div> <div>9 mm</div> </div>		
¿Aparición de nistagmo amplio, evidente y continuo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿Aparición de nistagmo a 45 grados?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Diámetro pupilar	Contracción en ambos ojos (≤ 2 mm)			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Dilatación en ambos ojos (≥ 6 mm)			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Ambos ojos presentan un diámetro aproximado de:			_____ mm
Reacción pupilar a la luz: Enlentecida o apenas perceptible	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Otras observaciones: (detallar)				

H.- OTROS SIGNOS, OBSERVACIONES Y DATOS DE INTERÉS:**PARECER DE LOS AGENTES RESPECTO A LA POSIBLE INFLUENCIA****CONCLUSIÓN FINAL.- VALORACIÓN DEL AGENTE CON FORMACIÓN ESPECÍFICA**

En base a las pruebas realizadas, signos observados y demás detalles, el agente llega a la siguiente conclusión	<input type="checkbox"/> No se aprecian signos en el examinado que indiquen la influencia de drogas en la conducción
	<input type="checkbox"/> Se aprecian algunos signos en el examinado que pudieran indicar la influencia de drogas en la conducción
	<input type="checkbox"/> Se aprecian signos evidentes en el examinado que indican la influencia de drogas en la conducción
	<input type="checkbox"/> Otra: (detallar)

El resultado del análisis en el laboratorio de la prueba confirmatoria se remitirá en diligencias ampliatorias cuando se reciba el mismo.

Y para que conste se extiende la presente en el lugar, fecha y hora consignados al inicio, siendo firmada por: (cumplimente donde corresponda)

<input type="checkbox"/> El/la agente con formación específica núm.: _____	
<input type="checkbox"/> El/la agente con formación específica núm.: _____	
(Firma/s)	

CRITERIOS DE REMISIÓN A LA VÍA PENAL: SUPUESTOS DE LEVANTAMIENTO DE ATESTADO

Se procederá de la siguiente manera según los resultados del acta de signos:

PROCEDERÁ LA REMISIÓN A LA VÍA PENAL, INSTRUYÉNDOSE ATESTADO POR DELITO CONTRA LA SEGURIDAD VIAL DEL ARTÍCULO 379.2 DEL CÓDIGO PENAL EN SU MODALIDAD DE CONDUCCIÓN BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS:

-CONDUCCIÓN IRREGULAR. ACCIDENTE O INFRACCIÓN DE NORMAS:

1.- Cuando el conductor que arroje resultado positivo a la prueba salival sea responsable de un accidente, cualquiera que sea su alcance, o haya observado una conducción manifiestamente irregular acompañada de infracciones tipificadas como graves o muy graves en la LSV, siempre que **concurra cualquiera de los signos externos o indicadores de afectación del acta**, especialmente si se trata de cualquiera de los comprendidos en los apartados D (desorientación temporal, espacial o personal), E (aspectos motóricos: coordinación y deambulación), F (capacidad de reacción, atención y concentración) o G (percepción visual y auditiva).

2.- Cuando no concurren las circunstancias del apartado anterior pero en atención al número de signos detectados y su intensidad, características del accidente o norma infringida, se considere por el agente en valoración conjunta que el sujeto sometido a las pruebas se encuentra influenciado por el consumo de drogas en sus facultades psicofísicas necesarias para una conducción segura.

-CONTROLES PREVENTIVOS:

1.- Cuando concorra cualquiera de las siguientes combinaciones de signos externos o indicadores de afectación del acta:

a/ combinación acumulada de cualquiera de los signos comprendidos en los apartados D (desorientación temporal, espacial o personal) + E (aspectos motóricos: coordinación y deambulación) + F (capacidad de reacción, atención y concentración) + G (percepción visual y auditiva), supuestos en que la influencia es indiciariamente máxima: **D+E+F+G**.

b/ combinación acumulada de cualquiera de los signos comprendidos en los apartados E (aspectos motóricos: coordinación y deambulación) + F (capacidad de reacción, atención y concentración) + G (percepción visual y auditiva), supuestos en que la influencia es indiciariamente muy grave o grave: **E+F+G**.

c/ combinación acumulada de cualquiera de los signos comprendidos en dos de los apartados C (habla y expresión verbal), D (desorientación temporal, espacial o personal), E (aspectos motóricos: coordinación y deambulación), F (capacidad de reacción, atención y concentración), G (percepción visual y auditiva), supuestos en que existen indicios de influencia, como mínimo menos grave, que han de ser depurados en sede judicial: **C+E**, o **D+G**, o **D+E**, o **E+G**, etc.

2.- Cuando no concorra ninguna de las combinaciones de signos externos del apartado anterior, pero en atención al número de los detectados y a su intensidad, se considere por el agente en valoración conjunta que el sujeto sometido a las pruebas se encuentra influenciado por el consumo de drogas en sus facultades psicofísicas necesarias para una conducción segura.

NOTA EN RELACIÓN CON EL APARTADO F DEL ACTA: En todo caso y en relación con los indicadores de atención, concentración y reacción –apartado F del acta de signos externos-, las Policías de Tráfico, de conformidad con la doctrina del Tribunal Constitucional, no podrán realizar actos que signifiquen compeler al examinado a la realización de la prueba prevista en este apartado.