



RyF Actual



Nombre _____ Edad _____

Altura _____ Peso _____

Ojos _____ Pelo _____

Lugar de nacimiento _____

Ocupación _____

Descripción _____

Atributos

Físico

Destreza

Inteligencia

Percepción

Habilidades

	N	T
P • Advertir/Notar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D • Armas a distancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F • Armas CC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F • Atletismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P • Bailar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P • Buscar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I • Callejeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I • Comercio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D • Conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	N	T
D • Esquivar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I • Historia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I • Informática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I • Leyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I • Mecánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I • Medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P • Música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I • Ocultismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P • Reflejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	N	T
D • Pilotar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D • Sigilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I • Supervivencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Combate

Iniciativa

Defensa

Puntos de vida

Arma	Daño	Alcance
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Armadura	Absorción	Estorbo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipo

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Puntos de experiencia

Nombre del director _____

Nombre del jugador _____

Campaña _____