



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Negociado de la Policía de Puerto Rico



BOSQUEJO DE INVESTIGACIÓN



NÚMERO DE QUERRELLA
AGENTE INVESTIGADOR ESPECIALIZADO:

DETALLES DE INVESTIGACIÓN									
Número de Querella	Fecha de los Hechos (dd/mm/año)	Hora <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Tipo de Delito	Motivado por prejuicio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Prejuicio				
Lugar de los Hechos (Carr., barrio, sector, urb, calle)				Municipio	Código Postal				
Agente Primera Respuesta (nombre, ambos apellidos)	Placa	Distrito/Precinto		Teléfono Precinto / Distrito					
Agente Investigador (nombre, ambos apellidos)	Placa	Supervisor (nombre, ambos apellidos)			Placa				
¿Incidente ocurrió en Institución Juvenil o CTS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de Institución o CTS			Fecha y hora de notificada al NPPR					
DATOS GENERALES QUERELLANTE O REPRESENTANTE DEL PERJUDICADO (A) <input type="checkbox"/> QUERELLANTE ES PERJUDICADO									
Nombre del Querellante	Inicial	Apellido Paterno			Apellido Materno				
Nombre Preferido	Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad				
Tipo de identificación (en caso de menores id de padre o madre) <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Visa _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación									
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Cohabitan	Núm. Teléfono contacto		Número de Teléfono alterno		Correo electrónico				
Dirección residencial (Carr., barrio, sector, urb, calle)				Municipio	Código Postal				
Dirección Postal				Municipio	Código Postal				
Ocupación	Lugar de Trabajo o Estudio			Teléfono del Trabajo					
Dirección física del Trabajo o Estudio									
¿Relación con el perjudicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Relación:								
DATOS GENERALES PERJUDICADO (A) 1									
¿Víctima es menor de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre padre, madre o tutor legal			Número de Teléfono contacto					
Nombre Legal de la Víctima	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre Preferido	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Trans				
Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Raza	Edad al momento del incidente	Estado civil <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Cohabitan			
Seguro Social ____-____-____	Tipo de identificación (en caso de menores id de padre o madre) <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Visa _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación								
Dirección residencial (Carr., barrio, sector, urb, calle)				Municipio	Código Postal				
Dirección Postal				Municipio	Código Postal				
Diversidad Funcional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> permanente		Estudiante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nivel de Escolaridad	Ocupación				
Especifique:		Lugar de estudio o trabajo			Dirección física del lugar de estudio o trabajo			Teléfono de trabajo	
¿La perjudicada resulto embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Resultó contagiada por alguna enfermedad de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe:						
Pertenece a las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:			Notificación a SHARP (Fuerzas Armadas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha notificación:						
Relación con el agresor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Relación:			Tipo de Delito			Cantidad de agresores: ____		
¿Utilizó algún arma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe:			Medio utilizado: <input type="checkbox"/> Amenaza grave <input type="checkbox"/> intimidación <input type="checkbox"/> violencia <input type="checkbox"/> fuerza física <input type="checkbox"/> inmediato <input type="checkbox"/> daño corporal <input type="checkbox"/> medios hipnóticos <input type="checkbox"/> narcóticos <input type="checkbox"/> deprimentes o estimulantes <input type="checkbox"/> sustancias o medios similares.						

DATOS GENERALES PERJUDICADO (A) 2										
¿Víctima es menor de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre padre, madre o tutor legal					Número de Teléfono contacto			
Nombre Legal de la Víctima		Inicial	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre Preferido		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Trans	
Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Raza	Edad al momento del incidente		Estado civil <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Cohabitan			
Seguro Social (perjudicado) ____-____-____	Tipo de identificación (en caso de menores id de padre o madre) <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Visa _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación									
Dirección residencial (Carr., barrio, sector, urb, calle)							Municipio		Código Postal	
Dirección Postal							Municipio		Código Postal	
Diversidad Funcional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> permanente			Estudiante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nivel de Escolaridad		Ocupación			
Especifique:										
Lugar de estudio o trabajo			Dirección física del lugar de estudio o trabajo					Teléfono de trabajo		
¿La perjudicada resulto embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Resultó contagiada por alguna enfermedad de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe:							
Pertenece a las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:			Notificación a SHARP (Fuerzas Armadas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha notificación:							
Relación con el agresor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de Relación:			Tipo de Delito			Cantidad de agresores: ____		
¿Utilizó algún arma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Medio utilizado: <input type="checkbox"/> Amenaza grave <input type="checkbox"/> intimidación <input type="checkbox"/> violencia <input type="checkbox"/> fuerza física <input type="checkbox"/> inmediato daño corporal <input type="checkbox"/> medios hipnóticos <input type="checkbox"/> narcóticos <input type="checkbox"/> deprimentes o estimulantes <input type="checkbox"/> Describe: sustancias o medios similares.							
DATOS GENERALES PERJUDICADO (A) 3										
¿Víctima es menor de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre padre, madre o tutor legal					Número de Teléfono contacto			
Nombre Legal de la Víctima		Inicial	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre Preferido		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Trans	
Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Raza	Edad al momento del incidente		Estado civil <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Cohabitan			
Seguro Social (perjudicado) ____-____-____	Tipo de identificación (en caso de menores id de padre o madre) <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Visa _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación									
Dirección residencial (Carr., barrio, sector, urb, calle)							Municipio		Código Postal	
Dirección Postal							Municipio		Código Postal	
Diversidad Funcional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> permanente			Estudiante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nivel de Escolaridad		Ocupación			
Especifique:										
Lugar de estudio o trabajo			Dirección física del lugar de estudio o trabajo					Teléfono de trabajo		
¿La perjudicada resulto embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Resultó contagiada por alguna enfermedad de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe:							
Pertenece a las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:			Notificación a SHARP (Fuerzas Armadas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha notificación:							
Relación con el agresor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de Relación:			Tipo de Delito			Cantidad de agresores: ____		
¿Utilizó algún arma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Medio utilizado: <input type="checkbox"/> Amenaza grave <input type="checkbox"/> intimidación <input type="checkbox"/> violencia <input type="checkbox"/> fuerza física <input type="checkbox"/> inmediato daño corporal <input type="checkbox"/> medios hipnóticos <input type="checkbox"/> narcóticos <input type="checkbox"/> deprimentes o estimulantes <input type="checkbox"/> Describe: sustancias o medios similares.							

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA RELACIONADO A PERJUDICADO 1					
Nombre del Institución Hospitalaria			Dirección de la Institución Hospitalaria		
Núm. Teléfono	Fecha y hora que llegó la víctima		Medio transporte <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> Ambulancia (EME, EMM, Otros) <input type="checkbox"/> Vehículo Oficial		
Perjudicada (o) asistió <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado			Relación con la víctima (en caso de acompañante)		Núm. Teléfono
Nombre del Enfermero		Licencia	Trabajador Social		Licencia
Nombre del Doctor		Licencia	Turno de Trabajo		
Hallazgos (describa)					
SAFE KIT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Núm. SAFE KIT	Fecha y hora	Empleado del Hospital que entrega SAFE KIT y núm. Licencia	
Evidencia entregada al ICF <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha y hora Entregado al ICF		
Técnico que recibe evidencia ICF			Núm. Control ICF (Caso interno)	Fecha de recogido	
Evidencia entregada al Cuarto de Evidencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha de entrega	¿Agente ingreso información sistema SAKT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se solicito decomiso de SAFE KIT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre Fiscal que autoriza decomiso		Fecha de decomiso	Nombre del lugar de decomiso

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA RELACIONADO A PERJUDICADO 2					
Nombre del Institución Hospitalaria			Dirección de la Institución Hospitalaria		
Núm. Teléfono	Fecha y hora que llegó la víctima		Medio transporte <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> Ambulancia (EME, EMM, Otros) <input type="checkbox"/> Vehículo Oficial		
Perjudicada (o) asistió <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado			Relación con la víctima (en caso de acompañante)		Núm. Teléfono
Nombre del Enfermero		Licencia	Trabajador Social		Licencia
Nombre del Doctor		Licencia	Turno de Trabajo		
Hallazgos (describa)					
SAFE KIT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Núm. SAFE KIT	Fecha y hora	Empleado del Hospital que entrega SAFE KIT y núm. Licencia	
Evidencia entregada al ICF <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha y hora Entregado al ICF		
Técnico que recibe evidencia ICF			Núm. Control ICF (Caso interno)	Fecha de recogido	
Evidencia entregada al Cuarto de Evidencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha de entrega	¿Agente ingreso información sistema SAKT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se solicito decomiso de SAFE KIT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre Fiscal que autoriza decomiso		Fecha de decomiso	Nombre del lugar de decomiso

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA RELACIONADO A PERJUDICADO 3				
Nombre del Institución Hospitalaria		Dirección de la Institución Hospitalaria		
Núm. Teléfono	Fecha y hora que llegó la víctima	Medio transporte <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> Ambulancia (EME, EMM, Otros) <input type="checkbox"/> Vehículo Oficial		
Perjudicada (o) asistió <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado		Relación con la víctima (en caso de acompañante)		Núm. Teléfono
Nombre del Enfermero	Licencia	Trabajador Social		Licencia
Nombre del Doctor	Licencia	Turno de Trabajo		
Hallazgos (describa)				
SAFE KIT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Núm. SAFE KIT	Fecha y hora	Empleado del Hospital que entrega SAFE KIT y núm. Licencia	
Evidencia entregada al ICF <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha y hora Entregado al ICF		
Técnico que recibe evidencia ICF		Núm. Control ICF (Caso interno)	Fecha de recogido	
Evidencia entregada al Cuarto de Evidencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de entrega	¿Agente ingreso información sistema SAKT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se solicitó decomiso de SAFE KIT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre Fiscal que autoriza decomiso	Fecha de decomiso	Nombre del lugar de decomiso	

DATOS GENERALES DEL TESTIGO				
Nombre del Querellante	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Nombre Preferido	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Tipo de identificación (en caso de menores id de padre o madre) <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Visa _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación				
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Cohabitan	Núm. Teléfono contacto	Número de Teléfono alterno	Correo electrónico	
Dirección residencial (Carr., barrio, sector, urb, calle)			Municipio	Código Postal
Dirección Postal			Municipio	Código Postal
Ocupación	Lugar de Trabajo o Estudio		Teléfono del Trabajo	
Dirección física del Trabajo o Estudio				
¿Relación con el perjudicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Relación:			

Según las manifestaciones durante la entrevista con la parte perjudicada marque el tipo de agresión sexual, actos lascivos y/o cualquier otro acto suscitado durante el incidente:

TIPO DE AGRESIÓN SEXUAL				
AGRESIÓN SEXUAL FORZADA	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PENETRACIÓN VAGINAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
a) Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Instrumental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PENETRACIÓN ANAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
a) Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Instrumental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OROGENITAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AGRESIÓN SEXUAL ORAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
GENITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Agresor a víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Víctima a agresor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AGRESIÓN SEXUAL ORAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
ANAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Agresor a víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Víctima a agresor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EYACULACIÓN	SI	NO	DESCONOCE	DESCRIBA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Pene <input type="checkbox"/> Otra área del Cuerpo <input type="checkbox"/> Ropa o Vestimenta <input type="checkbox"/> Ropa de Cama <input type="checkbox"/> Otro material textil <input type="checkbox"/> Otras Áreas (Ej. piso, bañera)				

PROFILÁCTICO Y/O PRODUCTOS LUBRICANTES	SI	NO	DESCONOCE	DESCRIBA
Profiláctico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lubricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro producto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ACTOS LASCIVOS	MENOR	ADULTO	DESCRIBA
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	

Describe otros actos no contemplados en este bosquejo:

TIPO DE AGRESIÓN SEXUAL

AGRESIÓN SEXUAL FORZADA	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PENETRACIÓN VAGINAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
a) Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Instrumental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PENETRACIÓN ANAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
a) Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Instrumental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OROGENITAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AGRESIÓN SEXUAL ORAL GENITAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
a) Agresor a víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Víctima a agresor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AGRESIÓN SEXUAL ORAL ANAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
a) Agresor a víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Víctima a agresor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EYACULACIÓN	SI	NO	DESCONOCE	DESCRIBA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Pene <input type="checkbox"/> Otra área del Cuerpo <input type="checkbox"/> Ropa o Vestimenta <input type="checkbox"/> Ropa de Cama <input type="checkbox"/> Otro material textil <input type="checkbox"/> Otras Áreas (Ej. piso, bañera)				

PROFILÁCTICO Y/O PRODUCTOS LUBRICANTES	SI	NO	DESCONOCE	DESCRIBA
Profiláctico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lubricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro producto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ACTOS LASCIVOS	MENOR	ADULTO	DESCRIBA
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	

Describe otros actos no contemplados en este bosquejo:

TIPO DE AGRESIÓN SEXUAL

AGRESIÓN SEXUAL FORZADA	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PENETRACIÓN VAGINAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
a) Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Instrumental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PENETRACIÓN ANAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
a) Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Instrumental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OROGENITAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AGRESIÓN SEXUAL ORAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
GENITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Agresor a víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Víctima a agresor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AGRESIÓN SEXUAL ORAL	SI	NO	INTENTO	DESCRIBA
ANAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Agresor a víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Víctima a agresor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EYACULACIÓN	SI	NO	DESCONOCE	DESCRIBA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Pene <input type="checkbox"/> Otra área del Cuerpo <input type="checkbox"/> Ropa o Vestimenta <input type="checkbox"/> Ropa de Cama <input type="checkbox"/> Otro material textil <input type="checkbox"/> Otras Áreas (Ej. piso, bañera)				

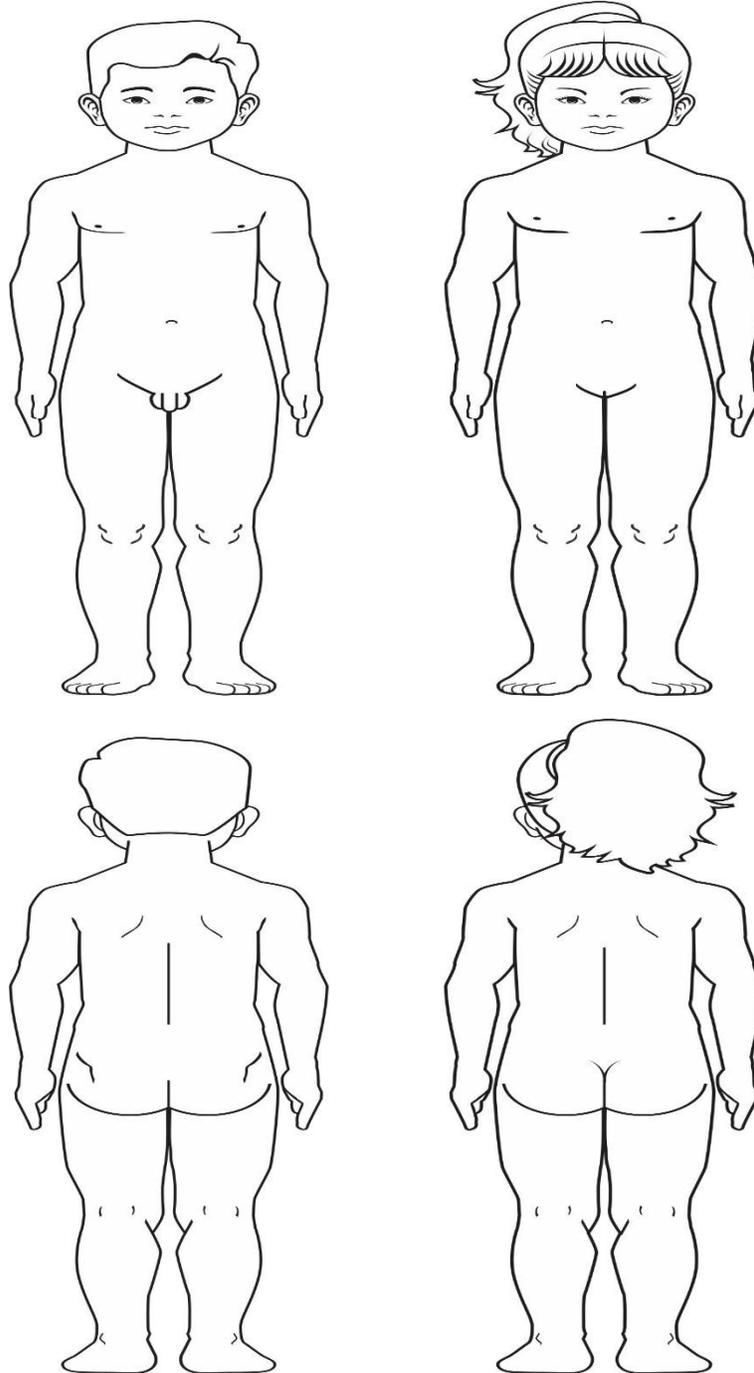
PROFILÁCTICO Y/O PRODUCTOS LUBRICANTES	SI	NO	DESCONOCE	DESCRIBA
Profiláctico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lubricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro producto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ACTOS LASCIVOS	MENOR	ADULTO	DESCRIBA
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	

Describe otros actos no contemplados en este bosquejo:

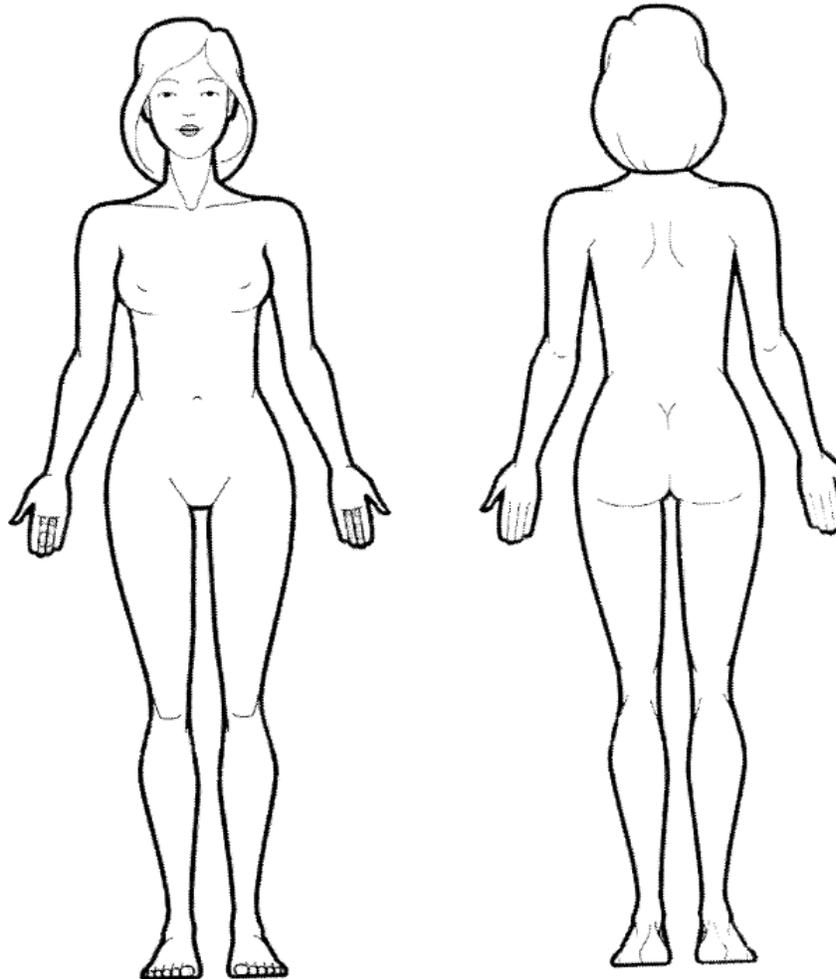
DIAGRAMA

Casos de Menores



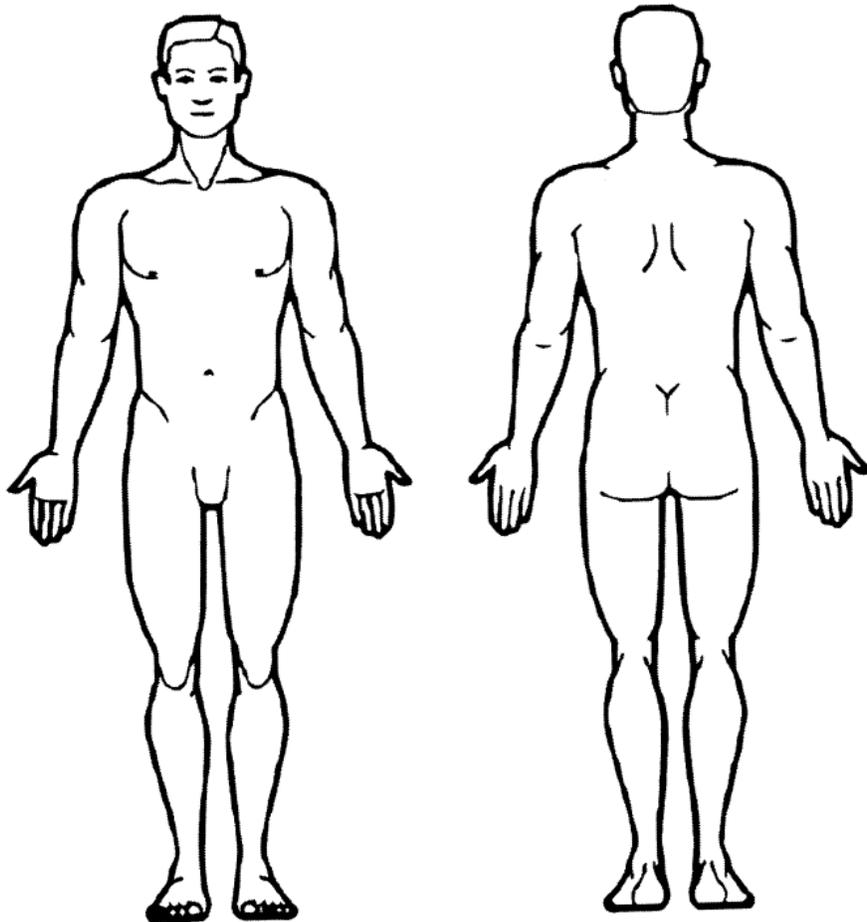
DIAGRAMA

Casos de Adultos



DIAGRAMA

Casos de Adultos



CROQUIS

SOSPECHOSO (A) 1 <input type="checkbox"/> ADULTO <input type="checkbox"/> MENOR <input type="checkbox"/> MNPPR									
¿Sospechoso es menor de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Nombre del padre, madre o tutor legal (nombre, inicial y ambos apellidos)				Número de Teléfono contacto		
Nombre Legal del sospechoso(a)		Inicial	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre Preferido		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Trans
Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Raza	Edad al momento del incidente		Estado civil <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Cohabitan		
Seguro Social (perjudicado) ____-____-____		Tipo de identificación (en caso de menores id de padre o madre) <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación							
Dirección residencial (carr., barrio, sector, urb., calle)							Municipio	Código Postal	
Dirección Postal				Municipio		Código Postal	Núm. Teléfono residencial		
Diversidad Funcional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> permanente Especifique:				Estudiante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nivel de Escolaridad		Ocupación	
Lugar de Estudio o trabajo			Dirección física de Estudio o trabajo				Teléfono de trabajo		
Pertenece a las Fuerzas Armada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:				Notificación a SHARP (Fuerzas Armadas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha notificación:					
En caso del que sospechoso sea MNPPR detalle: División, Unidad, Precinto o Distrito adscrito el MNPPR: _____ Fecha de Notificación al Supervisor: _____							Notificación a SARP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de notificación:		
Relación con la parte perjudicada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Tipo de Relación (Ejemplo) expareja, amigo, padre					
Notificación a Asuntos Juveniles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha de notificación		Agente Asuntos Juveniles (nombre y ambos apellidos)			Placa	
DESCRIPCIÓN DEL SOSPECHOSO									
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Trans		Estatura	Peso	Tez	Forma de rostro	Tipo de cabello	Color de cabello	Forma de ojos	Color de ojos
Forma de nariz	Forma de Labios		Descripción de orejas		Pantallas (piercings) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe:		Tono de voz y acento (alguna particularidad)		
Cicatriz o marca de nacimiento (describe)					Otras descripciones físicas (ej. falta extremidad, etc)				
Tatuajes (describe)					Vestimenta (describe) (ej. pantalón, camisa, color, logo, calzado, gorra)				
¿Algún vehículo de motor relacionado al incidente y/o sospechoso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Describe vehículo: (Incluya tablilla, característica particular)				

SOSPECHOSO (A) 2 <input type="checkbox"/> ADULTO <input type="checkbox"/> MENOR <input type="checkbox"/> MNPPR									
¿Sospechoso es menor de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Nombre del padre, madre o tutor legal (nombre, inicial y ambos apellidos)				Número de Teléfono contacto		
Nombre Legal del sospechoso(a)		Inicial	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre Preferido		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Trans
Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Raza	Edad al momento del incidente		Estado civil <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Cohabitan		
Seguro Social (perjudicado) ____-____-____		Tipo de identificación (en caso de menores id de padre o madre) Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Visa _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación							
Dirección residencial (carr., barrio, sector, urb., calle)							Municipio	Código Postal	
Dirección Postal				Municipio		Código Postal	Núm. Teléfono residencial		
Diversidad Funcional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> permanente			Estudiante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nivel de Escolaridad		Ocupación		
Especifique:									
Lugar de Estudio o trabajo			Dirección física de Estudio o trabajo				Teléfono de trabajo		
Pertenece a las Fuerzas Armada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Notificación a SHARP (Fuerzas Armadas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Especifique:				Fecha notificación:					
En caso del que sospechoso sea MNPPR detalle: División, Unidad, Precinto o Distrito adscrito el MNPPR: _____							Notificación a SARP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de Notificación al Supervisor: _____							Fecha de notificación: _____		
Relación con la parte perjudicada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Tipo de Relación (Ejemplo) expareja, amigo, padre					
Notificación a Asuntos Juveniles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha de notificación		Agente Asuntos Juveniles (nombre y ambos apellidos)			Placa	
DESCRIPCIÓN DEL SOSPECHOSO									
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Trans		Estatura	Peso	Tez	Forma de rostro	Tipo de cabello	Color de cabello	Forma de ojos	Color de ojos
Forma de nariz	Forma de Labios	Descripción de orejas		Pantallas (piercings) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tono de voz y acento (alguna particularidad)			
		Describe:							
Cicatriz o marca de nacimiento (describe)					Otras descripciones físicas (ej. falta extremidad, etc)				
Tatuajes (describe)					Vestimenta (describe) (ej. pantalón, camisa, color, logo, calzado, gorra)				
¿Algún vehículo de motor relacionado al incidente y/o sospechoso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Describe vehículo: (Incluya tablilla, característica particular)				

SOSPECHOSO (A) 3 <input type="checkbox"/> ADULTO <input type="checkbox"/> MENOR <input type="checkbox"/> MNPPR									
¿Sospechoso es menor de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Nombre del padre, madre o tutor legal (nombre, inicial y ambos apellidos)				Número de Teléfono contacto		
Nombre Legal del sospechoso(a)		Inicial	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre Preferido		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Trans
Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Raza	Edad al momento del incidente		Estado civil <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Cohabitan		
Seguro Social (perjudicado) ____-____-____		Tipo de identificación (en caso de menores id de padre o madre) Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ Exp: _____ <input type="checkbox"/> Visa _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación							
Dirección residencial (carr., barrio, sector, urb., calle)							Municipio	Código Postal	
Dirección Postal				Municipio		Código Postal	Núm. Teléfono residencial		
Diversidad Funcional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> permanente			Estudiante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nivel de Escolaridad		Ocupación		
Especifique:									
Lugar de Estudio o trabajo			Dirección física de Estudio o trabajo				Teléfono de trabajo		
Pertenece a las Fuerzas Armada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Notificación a SHARP (Fuerzas Armadas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Especifique:				Fecha notificación:					
En caso del que sospechoso sea MNPPR detalle: División, Unidad, Precinto o Distrito adscrito el MNPPR: _____							Notificación a SARP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de Notificación al Supervisor: _____							Fecha de notificación: _____		
Relación con la parte perjudicada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Tipo de Relación (Ejemplo) expareja, amigo, padre					
Notificación a Asuntos Juveniles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha de notificación		Agente Asuntos Juveniles (nombre y ambos apellidos)			Placa	
DESCRIPCIÓN DEL SOSPECHOSO									
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Trans		Estatura	Peso	Tez	Forma de rostro	Tipo de cabello	Color de cabello	Forma de ojos	Color de ojos
Forma de nariz	Forma de Labios	Descripción de orejas		Pantallas (piercings) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tono de voz y acento (alguna particularidad)			
		Describe:							
Cicatriz o marca de nacimiento (describa)					Otras descripciones físicas (ej. falta extremidad, etc)				
Tatuajes (describa)					Vestimenta (describa) (ej. pantalón, camisa, color, logo, calzado, gorra)				
¿Algún vehículo de motor relacionado al incidente y/o sospechoso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Describe vehículo: (Incluya tablilla, característica particular)				

REFERIDO DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA					
Notificación al Dpto. Familia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Referido		Nombre Técnico Línea de Emergencias	
Trabajador Social de UIE		Nombre Trabajador Social		Teléfono contacto	
Local		Región		Fecha	
Hora		Nombre y dirección de lugar donde fueron ubicados:			
¿El caso requirió que menores fueran removidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

REFERIDO AL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA EN CASOS EN INSTITUCIONES JUVENILES O CTS			
Notificación al Dpto. Justicia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Control	
Fiscal notificado		Fecha	

CONSULTA <input type="checkbox"/> FISCAL UNIDAD ESPECIALIZADA <input type="checkbox"/> PROCURADOR DE MENORES <input type="checkbox"/>			
Nombre del Fiscal o Procurador			Lugar
Fecha	Hora	Determinación:	

Se le orientó relacionado a los servicios disponibles de apoyo integral, servicios legales, psicológicos, entre otros.

ENTIDADES DE APOYO A VICTIMAS DE DELITO

Servicios de Protección y Apoyo Integral	Número de Teléfono
Centro de Ayuda a Víctimas de Violación del Departamento de Salud	787-765-2285
Línea confidencial de Orientación de la OPM	787-722-2977
Oficina de Servicios y Compensación a Víctimas y Testigos de Delitos	787-721-2900 ext. 1336 a 1339
Coordinadora Paz para la mujer	787-281-7579 / 787-777-0378
Línea de Apoyo, Proyecto Matria	787-489-0022
Proyecto CAISS del Hogar Nueva Mujer	939-255-9800
Línea de Ayuda Contigo	939-266-8446
Centro de Salud y Justicia de Puerto Rico, Municipio de Caguas	787-743-3038 ext. 210
Línea de Orientación Contra la Violencia Sexual	787-337-3737
Centro Mujer y Salud de Recinto Ciencias Médicas	787-758-2525 ext. 1367-1368
CIMVAS	787-765-2285
Paz para la Niñez	

Centro de Servicios Legales, Psicológicos y otros	Número de Teléfono
Apoyo y Servicios a víctimas del crimen, Municipio de Utuado	787-894-9442 / 787-894-7639
Casa de Bondad, Municipio de Humacao	787-852-7265
Centro de Apoyo para víctimas del crimen (CAVIC)	787-763-3667
Centro de Ayuda a víctimas de violación (CAVV)	787-765-2285
Centro Comunitario LGBTT de Puerto Rico	787-294-9850

Centro Integral de Apoyo a Víctimas (CIAV)	787-999-9545
Centro de la Mujer Dominicana	787-772-9251
Envejecer en armonía, Municipio de Aibonito	787-735-2126
Iniciativa Comunitaria	787-250-8629 ext. 501, 503
Oficina para la Promoción y el Desarrollo Humano, Municipio de Arecibo	787-817-6951
Línea de Ayuda 939-CONTIGO	939-266-8446
Programa Contigo Mujer Coameña, Municipio de Coamo	787-825-7275
Programa Ven a Mí, Exprésate (VAME)	787-879-3300
Taller Salud	787-876-3440 / 787-256-7568
Proyecto de Derechos de las Mujeres (American Civil Liberties Union)	787-753-8493
Proyecto RAMA, Municipio de Carolina	787-757-2626 ext. 8435-8437, 8445 y 8446
Universidad Carlos Albizu	787-725-6500

Se le brindaron los siguientes servicios:

(Marque solo los servicios brindados)

	Servicios de brindados por NPPR	Número de Teléfono
<input type="checkbox"/>	Transportación a Institución Hospitalaria y/o Asistencia Médica	787-793-1234
<input type="checkbox"/>	Orientación sobre Licencia de Armas de Fuego	787-793-1234
<input type="checkbox"/>	Plan de Escape	787-793-1234
<input type="checkbox"/>	Orientación sobre sustitución de tablilla (CESCO)	787-793-1234
<input type="checkbox"/>	Escolta	787-793-1234
<input type="checkbox"/>	Transportación: <ul style="list-style-type: none"> - Albergue y/o lugar seguro - Recogido de Pertenencias - Centro Metropolitano de Investigaciones y Denuncias - Dpto. Justicia Oficinas de Fiscalía - Tribunal de Primera Instancia 	787-793-1234
<input type="checkbox"/>	Orientación sobre Solicitud de Órdenes de Protección OAT	787-793-1234 / 787-641-6600

De no brindársele ningún servicio u orientación, explique: _____

Firma o Iniciales Persona Perjudicada/Orientada: _____

NUM.QUERELLA: _____

