



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Negociado de la Policía de Puerto Rico



INFORME ESCENA CHOQUE GRAVE O FATAL

Caso número	
División Patrulla de Carreteras	
Nombre del Agente	



PPR-642.2
Rev. 06/2025

ESCENA CHOQUES GRAVES O FATALES

Fatal Grave Hit-and-run

Fecha de los hechos	Día de la semana	Hora _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	Número de querrela
---------------------	------------------	---	--------------------

Lugar de los hechos

Dirección del accidente
 Norte a Sur Sur a Norte Este a Oeste Oeste a Este

INFORME DE LA ESCENA

Fecha llegada a la escena	Hora de llegada a la escena _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
---------------------------	--

Fecha de salida de la escena	Hora de salida de la escena _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
------------------------------	--

Condición de tiempo:	Antes	Durante	Después
----------------------	-------	---------	---------

Nombre del Fiscal	Fiscalía de
-------------------	-------------

Agente de Servicios Técnicos	Placa	Adscrito a
------------------------------	-------	------------

Agente custodia la escena	Placa	Adscrito a
---------------------------	-------	------------

Medidas tomadas por	Supervisor de turno
---------------------	---------------------

Emergencias Médicas	Número	Bomberos	Número
---------------------	--------	----------	--------

Manejo de Emergencia

Centro de Mando	Placa	Hora Notificado
-----------------	-------	-----------------

Agente de la División de Homicidios	Placa	Operador sistema 9-1-1	Posición
-------------------------------------	-------	------------------------	----------

Nombre del gruoero	Placa	Tablilla	Transporte aéreo
--------------------	-------	----------	------------------

Instituto de Ciencias Forenses

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ESCENA

Número de carriles	Clima y Condición	Iluminación
<input type="checkbox"/> Paseo <input type="checkbox"/> Áreas Verdes <input type="checkbox"/> Un carril <input type="checkbox"/> Dos carriles <input type="checkbox"/> Tres carriles <input type="checkbox"/> Cuatro carriles	<input type="checkbox"/> Neblina <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Viento <input type="checkbox"/> Mojado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Fangoso <input type="checkbox"/> Lluvioso <input type="checkbox"/> Arenoso <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Postes <input type="checkbox"/> Luces de residencia <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Ninguna Descripción de la Iluminación _____ _____

VEHÍCULO # ____				
<input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input type="checkbox"/> PEATÓN <input type="checkbox"/> CICLISTA <input type="checkbox"/> MOTOCICLISTA <input type="checkbox"/> OTRO VEHÍCULO				
Nombre legal		Nombre preferido		Teléfono
Género	Fecha de nacimiento	Edad	S.S.	
Dirección				
Número de licencia	Estado	Categoría	Restricción	Fecha de expiración
Cinturón en uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prueba de SFST <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	% Análisis de aliento		Número de Tarjeta
Agente que realiza análisis		Placa	Unidad de Trabajo	
Teléfono agente	Lugar se realizó el análisis			
Análisis de sangre	Nombre del profesional de la salud de turno			Número de licencia
Número de muestra	Lugar se realizó la prueba			
Nombre del pasajero herido <input type="checkbox"/> N/A		Atendido por		
Llevado a				
DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO				
Marca	Modelo	Año	Color	Tablilla
Dueño registral		Dirección		

INFORMACIÓN HERIDOS ____				
Nombre legal		Nombre preferido		Teléfono
Género	Fecha de nacimiento	Edad	Género	
Dirección				
Transportado a hospital		Recibido en el hospital por		
Transportado por			Teléfono	
Dirección				
Nombre del doctor			Número de licencia	
INFORMACIÓN HERIDOS ____				
Nombre legal		Nombre preferido		Teléfono
Género	Fecha de nacimiento	Edad	Género	
Dirección				
Transportado a hospital		Recibido en el hospital por		
Transportado por			Teléfono	
Dirección				
Nombre del doctor			Número de licencia	
INFORMACIÓN HERIDOS ____				
Nombre legal		Nombre preferido		Teléfono
Género	Fecha de nacimiento	Edad	Género	
Dirección				
Transportado a hospital		Recibido en el hospital por		
Transportado por			Teléfono	
Dirección				
Nombre del doctor			Número de licencia	

INFORMACIÓN DEL OCCISO O LESIONADO GRAVE ____				
<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Otro _____				
Nombre legal		Nombre preferido		Teléfono
Género	Fecha de nacimiento	Edad	Género	
Licencia de conducir	Categoría	Fecha de expiración		
Peso	Estatura	Color de ojos	Peso	Estatura
Tatuaje		Cicatrices		
Descripción de la vestimenta				
Dirección				
Objetos removidos al occiso				
Persona identifica occiso			Parentesco	Teléfono
Dirección				

INFORMACIÓN DEL OCCISO O LESIONADO GRAVE ____				
<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Otro _____				
Nombre legal		Nombre preferido		Teléfono
Género	Fecha de nacimiento	Edad	Género	
Licencia de conducir	Categoría	Fecha de expiración		
Peso	Estatura	Color de ojos	Peso	Estatura
Tatuaje		Cicatrices		
Descripción de la vestimenta				
Dirección				
Objetos removidos al occiso				
Persona identifica occiso			Parentesco	Teléfono
Dirección				

OCCISO O LESIONADO GRAVE #1
Para identificar las lesiones Recibidas a causa del choque automovilístico

OBSERVACIONES

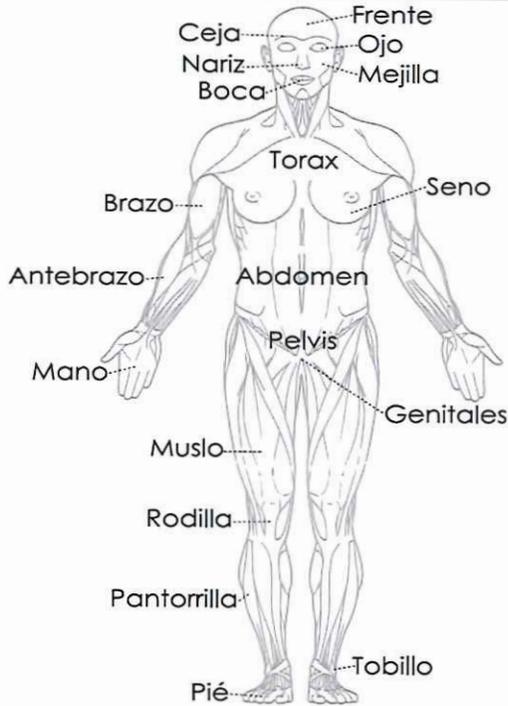


DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO FEMENINO

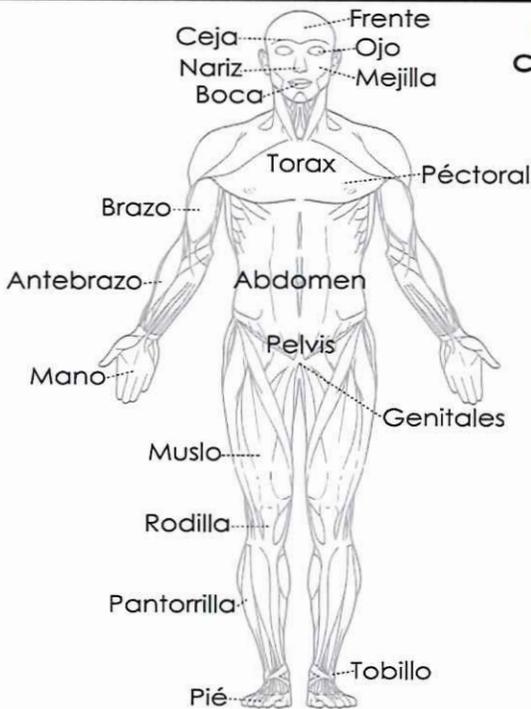
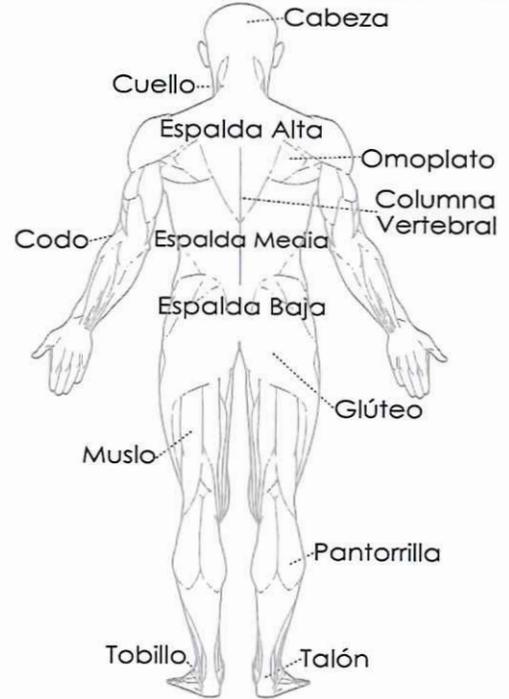
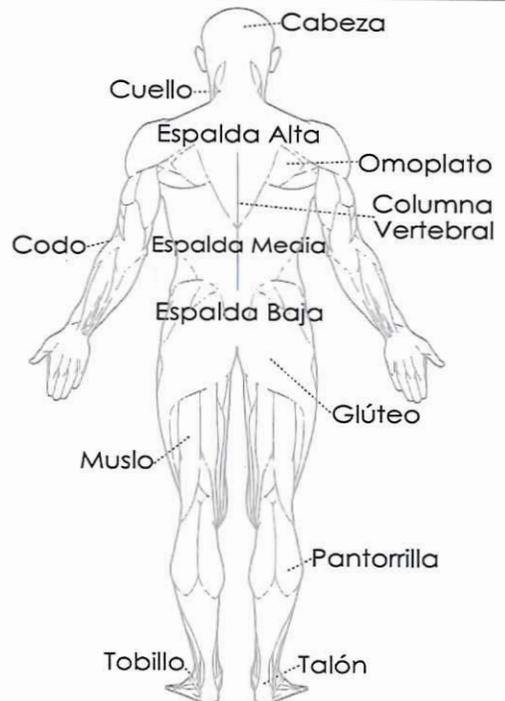


DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO MASCULINO



OCCISO O LESIONADO GRAVE #2
Para identificar las lesiones Recibidas a causa del choque automovilístico

OBSERVACIONES

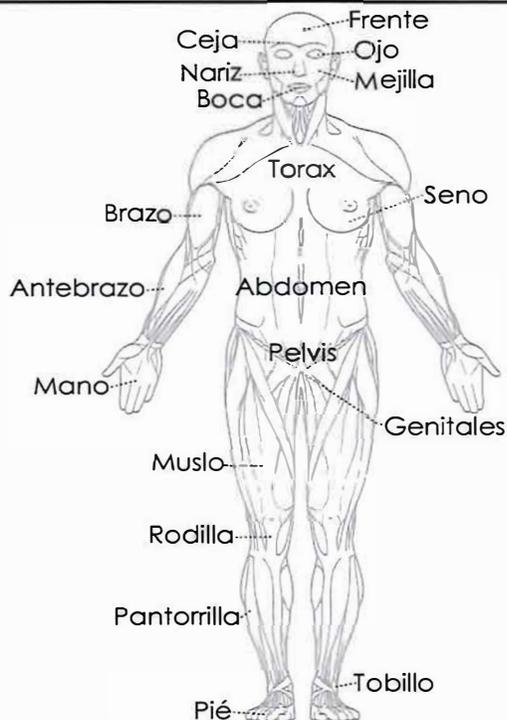


DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO FEMENINO

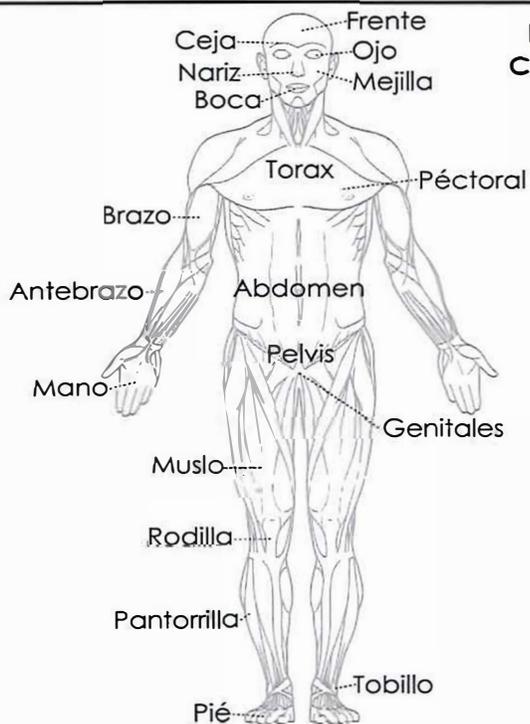
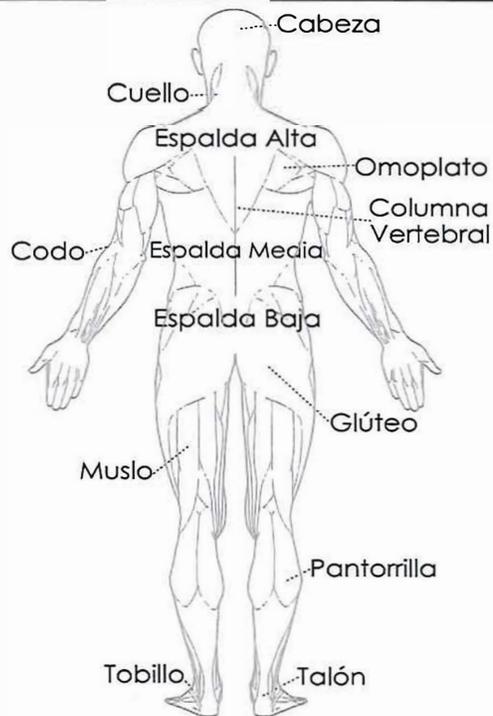
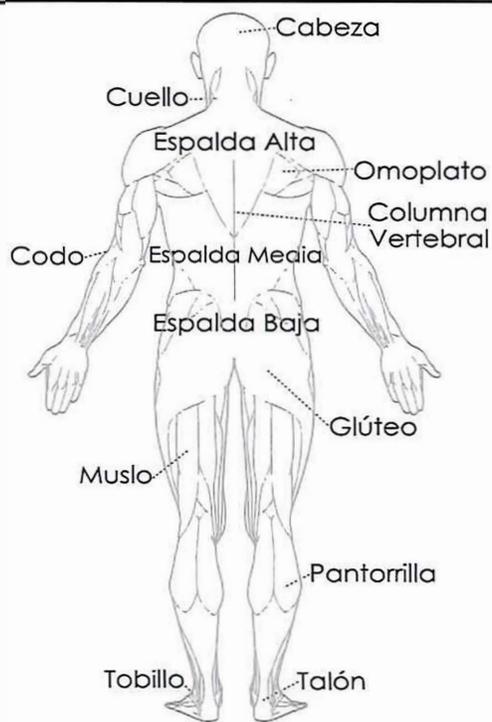


DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO MASCULINO



OCCISO O LESIONADO GRAVE #3
Para identificar las lesiones Recibidas a causa del choque automovilístico

OBSERVACIONES

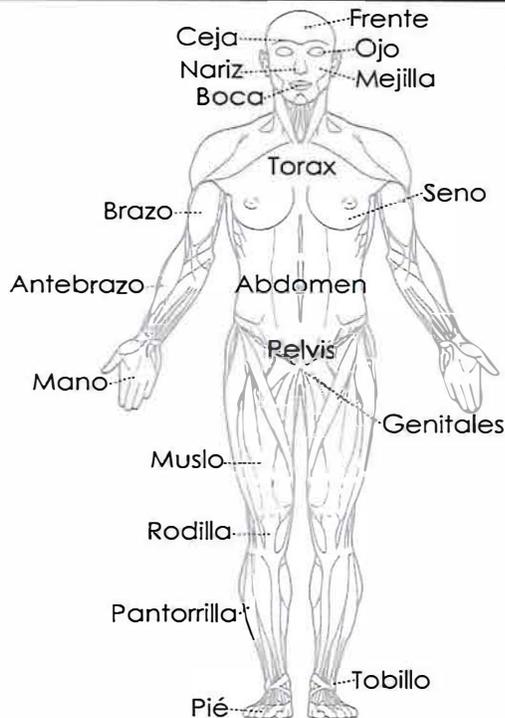


DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO FEMENINO

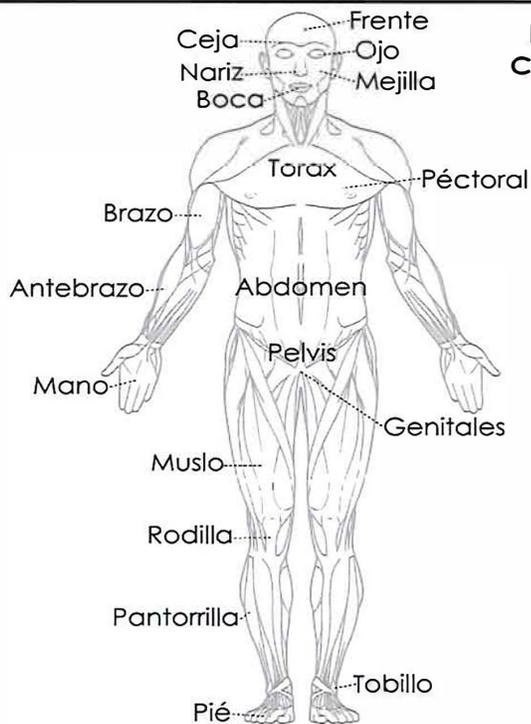
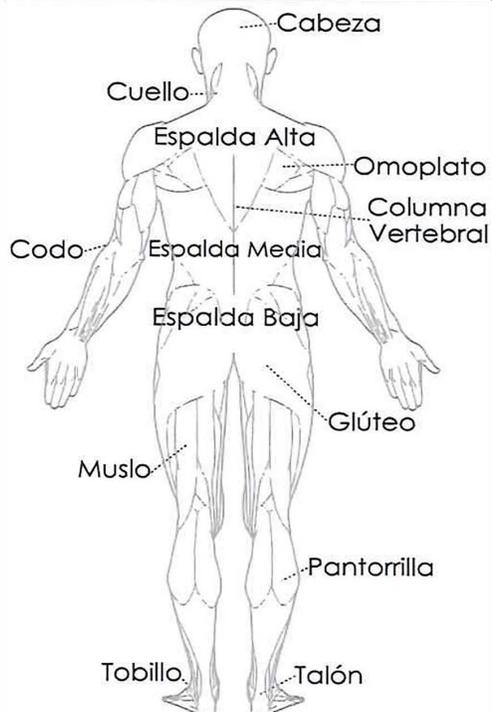
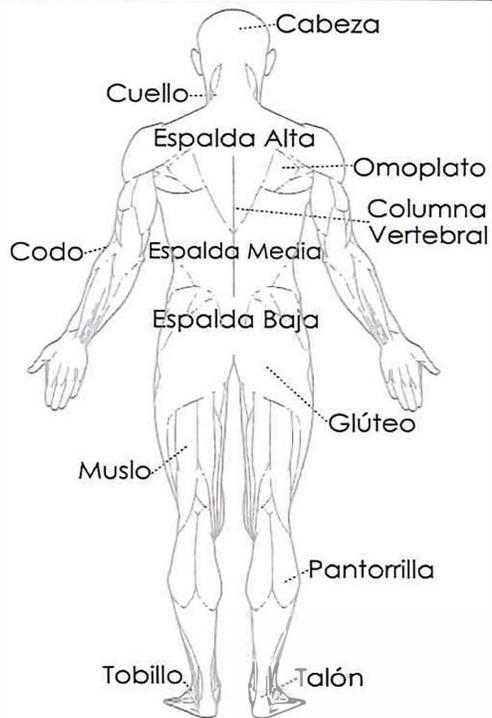


DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO MASCULINO



CROQUIS

