

| | | | | | | | |
|--|---------------------------|--|---|---|--|--|---|
|  PPR-621.5 Rev. 12-2018 | NUM. ORDEN DE PROTECCIÓN | | POLICIA DE PUERTO RICO | | NUM. QUERRELLA | | |
| | TRIBUNAL QUE EXPIDE ORDEN | | | | NUMERO DE ORI | | |
| | FECHA DE EXPEDICIÓN | | INFORME DE VIOLENCIA DOMÉSTICA | | FECHA | HORA | |
| | FECHA DE EXPIRACIÓN | | | | NÚM. INFORME (DVD ASIGNA NÚM.) | | |
| INFORME DE INTERVENCIÓN SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA <input type="checkbox"/> 2.8 <input type="checkbox"/> 3.1. <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 3.2 INCISO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> LEY # 154 <input type="checkbox"/> LEY # 246 <input type="checkbox"/> LEY 121 | | | | TIPO DE INFORME: <input type="checkbox"/> ARRESTO <input type="checkbox"/> DENUNCIA <input type="checkbox"/> INFUNDADA | | PERSONA INTERVENIDA: <input type="checkbox"/> POLICIA MUNICIPAL <input type="checkbox"/> CIUDADANO <input type="checkbox"/> MIEMBRO DE LA PPR <input type="checkbox"/> EMPLEADO CIVIL <input type="checkbox"/> MILITAR <input type="checkbox"/> EXTRANJERO | LUGAR INCIDENTE: <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> VÍA PÚBLICA |
| | RECIBIDA | TRAMITADA | LLEGADA | TERMINADA | MÉTODO SE RECIBIÓ LLAMADA | | |
| FECHA | | | | | <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> PERSONAL <input type="checkbox"/> 9-1-1- <input type="checkbox"/> 343-2020 <input type="checkbox"/> 343-0000 OTRO: _____ | | |
| HORA | | | | | | | |
| DATOS DE LA PERSONA PERJUDICADA | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ENVEJECIENTE <input type="checkbox"/> MENOR <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO(A) <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD INTELLECTUAL <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EXTRANJERO(A) <input type="checkbox"/> LGBTTIQ | | | | | | | |
| NÚMERO DE PLACA (SI APLICA) | | APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | INICIAL | |
| NOMBRE PREFERIDO | | FECHA DE NACIMIENTO | | LUGAR DE NACIMIENTO | | | |
| SEGURO SOCIAL | | NOMBRE Y TELÉFONO DE FAMILIAR | | | | | |
| ¿TIENE HIJOS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ ¿CUÁNTOS? ____ | | ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) | | TIPO DE RELACIÓN CON PARTE AGRESORA | | TIEMPO DE RELACIÓN | |
| LUGAR Y DIRECCIÓN TRABAJO | | OCUPACIÓN | | TELÉFONO | | ASISTENCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| NOMBRE DE HOSPITAL Y DIRECCIÓN | | | NOMBRE DEL MÉDICO | | NÚM. LICENCIA | | |
| DIAGNÓSTICO PRELIMINAR | | | ESTADO EMOCIONAL PERJUDICADO: | | | | |
| SERVICIOS OFRECIDOS A LA PERSONA PERJUDICADA | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN <input type="checkbox"/> PLAN DE ESCAPE <input type="checkbox"/> ESCOLTA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> RECOGER PERTENENCIAS <input type="checkbox"/> ALBERGUE <input type="checkbox"/> LUGAR SEGURO <input type="checkbox"/> OTRO: _____ | | | | | | | |
| DATOS DE LA PARTE AGRESORA | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ENVEJECIENTE <input type="checkbox"/> MENOR <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO(A) <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD INTELLECTUAL <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> EXTRANJERO(A) <input type="checkbox"/> LGBTTIQ | | | | | | | |
| NÚMERO DE PLACA (SI APLICA) | | APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | INICIAL | |
| NOMBRE PREFERIDO | | FECHA DE NACIMIENTO | | LUGAR DE NACIMIENTO | | | |
| APODO | | SEGURO SOCIAL | ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTERO (A) | | TIPO DE RELACIÓN CON PERJUDICADO | | |
| MARCAS, TATUAJES O CICATRICES | | | | | | | |
| LUGAR Y DIRECCIÓN DE TRABAJO | | | OCUPACIÓN | | TELÉFONO | | |
| DETERMINACIÓN DEL JUEZ <input type="checkbox"/> Causa Probable <input type="checkbox"/> No Causa | | FIANZA | | <input type="checkbox"/> PSAJ NÚM RECIBO: _____ <input type="checkbox"/> SUPERVISIÓN ELECTRÓNICA <input type="checkbox"/> FIADO <input type="checkbox"/> REINCIDENCIA: _____ | | <input type="checkbox"/> SE LE OCUPÓ ARMA DE FUEGO TIENE LICENCIA DE ARMAS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NÚM. LIC: _____ | |
| DETERMINACIÓN FISCAL: <input type="checkbox"/> RADICAR <input type="checkbox"/> NO RADICAR <input type="checkbox"/> FALTA ELEMENTOS DEL DELITO <input type="checkbox"/> PERSONA PERJUDICADA NO TIENE INTERÉS | | | | | | | |
| INGRESADO EN: | | | | | | | |
| NOMBRE DEL FISCAL | | REGIÓN | | INSTRUCCIONES | | | |
| NOMBRE DEL JUEZ | | TRIBUNAL | | DETERMINACIÓN | | | |

I N F O R M E C O N F I D E N C I A L



PPR-621.5
Rev. 12-2018

POLICÍA DE PUERTO RICO

**DIVISIÓN DE
VIOLENCIA DOMÉSTICA**

NÚM. QUERRELLA

NÚM. DE INFORME DVD

NÚMERO DE ORI

FECHA

HORA

RECOPILACIÓN DE EVIDENCIA

TOMA DE FOTOS

SÍ NO

FOTOS TOMADAS A:

PERJUDICADO AGRESOR(A) EVIDENCIA

FOTÓGRAFO

SERVICIOS TÉCNICOS DVD DISTRITO/PRECINTO

NOMBRE DEL FOTÓGRAFO

NÚM. PLACA

EVIDENCIA OBTENIDA:

VESTIMENTA

OBJETOS

ARMAS

SUSTANCIAS

RAPE KIT

SANGRE

FLUIDOS CORPORALES

MEDICAMENTOS

RÉCORD MÉDICO

OTRO: _____

ENTREGA DE EVIDENCIA

FORENSE

FISCALÍA

CUARTO DE EVIDENCIA

NOMBRE PERSONA RECIBE EVIDENCIA

NÚM PLACA O ID

NOMBRE MIEMBRO DE LA PPR CUSTODIO ESCENA

NÚM PLACA

NOMBRE DEL INVESTIGADOR DE LA ESCENA

NÚM PLACA

NOMBRE INVESTIGADOR FORENSE

NÚM PLACA

NOTAS RELEVANTES:

MARCAR EN EL DIAGRAMA LAS LESIONES FÍSICAS QUE APLIQUEN:

1. HERIDA DE PROYECTIL
2. CORTADURA ARMA BLANCA
3. QUEMADURA

4. LESIÓN CON OBJETO CONTUNDENTE
5. LESIÓN CON OBJETO CORTANTE
6. LESIÓN CON LAS MANOS

7. LESIÓN CON EL PIE
8. OTRO: _____

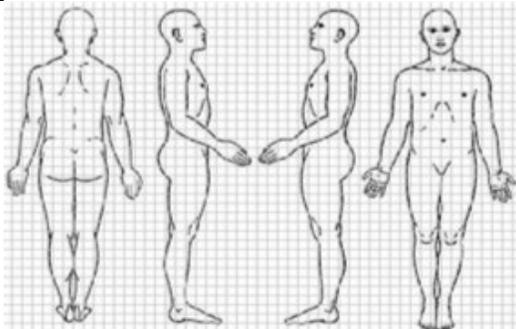
CIRCULE O IDENTIFIQUE EL ÁREA AFECTADA

LEYENDA R - LESIONES REPORTADAS

V - LESIONES VISIBLES

FIGURA #___

PERJUDICADO
 AGRESOR(A)
 TESTIGO



PESO

ESTATURA

MENOR

SÍ NO

FIGURA #___

PERJUDICADO
 AGRESOR(A)
 TESTIGO

PESO

ESTATURA

MENOR

SÍ NO

NOTAS RELEVANTES:

NOTAS RELEVANTES:

I N F O R M E C O N F I D E N C I A L



PPR-621.5
Rev. 12-2018

POLICÍA DE PUERTO RICO
INFORME DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA

NÚM. QUERELLA

NÚMERO DE ORI

NUM. INFORME (DVD ASIGNA NÚM.)

FECHA

HORA

RELATO DEL INCIDENTE

MANIFESTACIONES Y/O ALEGACIONES DE LA PERSONA PERJUDICADA

MANIFESTACIONES Y/O ALEGACIONES DE LA PARTE AGRESORA

MANIFESTACIONES Y/O ALEGACIONES TESTIGOS Y MENORES

FIRMA AGENTE INVESTIGADOR

PLACA

FIRMA SUPERVISOR

PLACA

I
N
F
O
R
M
E

C
O
N
F
I
D
E
N
C
I
A
L