

## INFORME DE OTROS INCIDENTES O SERVICIOS

 <b>PPR-621.2</b>	<b>TIPO DE INCIDENTE</b> <input type="checkbox"/> 1. PÉRDIDA <input type="checkbox"/> 2. OTRO SERVICIO <input type="checkbox"/> 3. INCIDENTE DESGRACIADO <input type="checkbox"/> 4. PERSONA MUERTA		<b>SISTEMA 9-1-1</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> N/A  <b>Nombre</b> _____  <b>Posición</b> _____		
	<b>NÚM. DE ORI</b>		<b>NÚM. QUERELLA</b>		<b>SECTOR</b>
<b>QUERELLANTE</b> (Apellidos, Nombre , Inicial)		<b>NOMBRE PREFERIDO</b> (Casos de Transgénero)		<b>TELÉFONO</b> (Domiciliario) (    )	
<b>DIRECCIÓN:</b> (Exacta)				<b>TELÉFONO</b> (Trabajo) (    )	
<b>LUGAR DE LOS HECHOS</b>					
<b>1. DESCRIPCIÓN BIENES REPORTADOS PERDIDOS</b>					
<b>2. OTRO SERVICIO</b>					
<input type="checkbox"/> PATRULLAJE PREVENTIVO DEPENDENCIA GOBIERNO <input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN PROCESO OBTENER ORDEN DE PROTECCIÓN <input type="checkbox"/> QUERELLANTE NO LOCALIZADO		<input type="checkbox"/> ESCOLTA <input type="checkbox"/> ALARMA ACTIVADA <input type="checkbox"/> CHARLAS <input type="checkbox"/> INSPECCIÓN <input type="checkbox"/> HONRAS FÚNEBRES <input type="checkbox"/> AYUDA PRESTADA <input type="checkbox"/> OTROS: _____			
<b>3. INCIDENTE DESGRACIADO</b>					
<b>NOMBRE PERJUDICADO</b>		<b>NOMBRE PREFERIDO</b>		<b>TELÉFONO</b> (Domiciliario) (    )	
<b>DIRECCIÓN</b> (Exacta)				<b>TELÉFONO</b> (Trabajo) (    )	
<b>EMERGENCIAS MÉDICAS</b> <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/> ESTATAL    NÚM UNIDAD _____		<b>NOMBRE DEL PARAMÉDICO/LICENCIA</b>		<b>TRANSPORTADO A</b>	
<b>NOMBRE DEL MÉDICO /LICENCIA</b>			<b>NUMERO DE ORDEN (LEY 408-2000)</b>		
<b>4. PERSONA MUERTA</b>					
<b>APELLIDOS, NOMBRE E INICIAL PERSONA MUERTA</b>		<b>NOMBRE PREFERIDO</b> (Casos De Transgénero)		<b>TELÉFONO</b> (Domiciliario)	
<b>DIRECCIÓN</b> (Exacta)					
<b>ESTATURA</b>		<b>PESO</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>NATURAL DE</b>
<b>GÉNERO</b>	<b>RAZA</b>	<b>CAUSA DE LA MUERTE</b>	<b>NOMBRE DEL MÉDICO Y LICENCIA</b>		
<b>VESTIMENTA</b>					
<b>FISCAL EXPIDIÓ BOLETA</b>				<b>NÚM. DE BOLETA</b>	
<b>RELATO</b>					
<b>MNPPR</b>		<b>PLACA</b>	<b>FIRMA</b>		<b>FECHA</b>
<b>SUPERVISOR</b>		<b>PLACA</b>	<b>FIRMA</b>		<b>FECHA</b>

<b>INSTRUCCIONES</b>
Marcar con una "X" el tipo de incidente
Marcar con una "X" si el tipo de incidente fue mediante el Sistema 9-1-1. Proveer el nombre del operador y su posición.
Proveer el número de ORI. (Ej.: PRPPRN1)
Proveer el número de querrela (Ej.: 2018-1-282-00001)
Proveer el número de sector donde ocurre el incidente (Ej.: 4056)
Proveer el apellido y el nombre de la persona que reporta el incidente.
Proveer el nombre preferido de la persona que reporta el incidente.
Proveer el número de teléfono incluyendo código de área de la residencia de la persona que reporta el incidente.
Proveer la dirección exacta de la persona que reporta el incidente.
Proveer el número de teléfono incluyendo código de área del lugar de trabajo de la persona que reporta el incidente.
Proveer el lugar donde el incidente.
<b>Descripción Bienes Reportados Perdidos</b>
Describa en detalle en bien reportado como perdido. (Celular marca iPhone, modelo 6 plus, color blanco, Compañía _____, y el Núm. (XXX) XXX-XXXX).
<b>OTRO SERVICIO</b>
Marcar con una "X" el tipo de servicio prestado
<b>INCIDENTE DESGRACIADO</b>
Proveer el apellido y el nombre e inicial de la persona perjudicada. (en el caso de personas que reciben servicios de salud Mental, solamente escribirán las iniciales.
Proveer el nombre preferido de la persona perjudicada.
Proveer el número de teléfono incluyendo código de área de la residencia de la persona perjudicada.
Proveer la dirección exacta de la persona perjudicada.
Proveer el número de teléfono incluyendo código de área del lugar de trabajo de la persona perjudicada.
Marcar con una "X" la unidad de emergencias médicas que se personó al incidente, y el número de unidad asignado a esta.
Proveer el apellido, el nombre y número de licencia del paramédico que se personó al incidente.
Proveer el lugar a donde fue transportado el perjudicado. (Ej.: Centro Médico, San Juan)
Proveer el apellido, el nombre y número de licencia del Médico que atendió al perjudicado.
Proveer el número de la orden para el ingreso involuntario.
<b>PERSONA MUERTA</b>
Proveer el apellido, el nombre e inicial de la persona muerta.
Proveer el nombre preferido de la persona muerta.
Proveer el número de teléfono incluyendo código de área de la residencia de la persona muerta.
Proveer la dirección exacta de la persona muerta.
Proveer la estatura de la persona. (Ej.: 5' 5")
Proveer el peso de la persona. (Ej.: 175 Lb.)
Proveer la fecha de nacimiento de la persona. (dd/mm/aaaa) (Ej.: 14/02/1968)
Proveer la edad de la persona. (Ej.: 50)
Proveer el lugar de nacimiento de la persona muerta. (Ej.: San Juan)
Proveer el género de la persona muerta. (Ej.: M=Masculino, F= Femenino)
Proveer la raza de la persona muerta. (Ej.: B=Blanca , N=Negra)
Proveer la causa de muerte de la persona. (Ej.: Ataque al corazón)
Proveer el apellido, el nombre y número de licencia del Médico que atendió/certificó a la persona muerta.
Proveer la vestimenta de la persona muerta. (Camisa "polo" color azul, Mahón largo color negro, calzado deportivo color negro)
Proveer el apellido, el nombre y número de licencia del Fiscal que proveyó la boleta de la persona muerta.
Proveer el número de boleta que fue expedida por el Fiscal.
El miembro del Negociado de la PPR que cumplimenta el informe proveerá su nombre y apellidos.
Placa del miembro del Negociado de la PPR que cumplimenta el informe.
El miembro del Negociado de la PPR que cumplimenta el informe firmará el mismo.
El miembro del Negociado de la PPR proveerá la fecha en que se cumplimenta al informe. (dd/mm/aaaa) (Ej.: 14/02/1968)
El Supervisor que revisa el informe proveerá su nombre y apellidos.
Placa del Supervisor que revisa el informe.
El Supervisor que revisa el informe firmará el mismo.
El Supervisor proveerá la fecha en que se revisa el informe. (dd/mm/aaaa) (Ej.: 14/02/1968)