



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
**Negociado de la Policía de Puerto Rico**



PPR-113.1  
 Rev. 02/2019

**NOTIFICACIÓN PRELIMINAR DE INCIDENTES DE USO DE FUERZA**

1. Fecha: (dd/mm/aaaa):	2. Hora: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	3. Querrela:	4. Prec./Dtto./División:
-------------------------	---	--------------	--------------------------

5. Lugar del incidente:

**6. TIPO DE INCIDENTE**

Descargas Críticas   
  Descargas Negligente   
  Rango Superior Sargento   
  Impacto a la Cabeza  
 Can afectó Persona   
  Aparente Conducta Criminal   
  Querrela Ciudadana   
  Agarre de Cuello  
 Muerte en Custodia   
  Uso de Equipos/Municiones Menos Letales   
  Reclasificación de Nivel de Fuerza:  
 Incidente reasignado por *CFRB*   
  Incidente reasignado por Comisionado   
  Incidente reasignado por *FRB*  
 Incidente reasignado por la SARP   
  Otros:

**7. MIEMBRO(S) DEL NPPR INVOLUCRADO(S) EN EL INCIDENTE**

a. Rango/Nombre:	Placa:	Prec./Dtto./División:	Resultó Herido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Rango/Nombre:	Placa:	Prec./Dtto./División:	Resultó Herido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Rango/Nombre:	Placa:	Prec./Dtto./División:	Resultó Herido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**8. PERSONAS INVOLUCRADAS O HERIDAS EN EL INCIDENTE**

a. Nombre:	Nombre Preferido:	Edad:
Dirección:		Resultó Herido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Nombre:	Nombre Preferido:	Edad:
Dirección:		Resultó Herido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

9. DECLINACIÓN A INVESTIGAR   
 Sí   
 No   
 Investigador *FIU* se presentó a Escena   
 Sí   
 No

**10. RAZONES PARA DECLINAR**

**11. SERVICIOS MÉDICOS OFRECIDOS**

a. Institución Hospitalaria/Centro de Salud Mental:	b. Médico:	c. Licencia:
---	------------	--------------

**12. RESUMEN DE LOS HECHOS**

13. Nombre y placa del Supervisor del NPPR:	Placa:	Prec./Dtto./División:
14. Nombre del Investigador CIC:	Placa:	Prec./Dtto./División:
15. Nombre del Investigador <i>FIU</i> :	Placa:	Prec./Dtto./División:
16. Nombre y Placa del Director División <i>FIU</i>	Firma del Director División <i>FIU</i>	Fecha