

LUGAR DEL DELITO (Marque sólo una por cada delito) provea el Núm. de código para delito Núm. 2 ___ y Núm. 3 ___				
1 <input type="checkbox"/> TERMINAL AÉREO/DE AUTOBÚS/DE TREN 2 <input type="checkbox"/> BANCO/AHORRO Y PRÉSTAMO 3 <input type="checkbox"/> CANTINA/CLUB NOCTURNO 4 <input type="checkbox"/> IGLESIA/SINAGOGA/TEMPLO/MEZQUITA CARRERA 5 <input type="checkbox"/> EDIFICIO COMERCIAL/ DE OFICINA 6 <input type="checkbox"/> SITIO DE CONSTRUCCIÓN 7 <input type="checkbox"/> TIENDA CONVENCIONAL 8 <input type="checkbox"/> TIENDA POR DEPARTAMENTO/DE DESCUENTO 9 <input type="checkbox"/> FARMACIA/CONSULTORIO MÉDICO/HOSPITAL 10 <input type="checkbox"/> CAMPO/BOSQUE 11 <input type="checkbox"/> EDIFICIO GOBIERNO/PÚBLICO 12 <input type="checkbox"/> TIENDA DE COMESTIBLES/SUPERMERCADO 13 <input type="checkbox"/> AUTOPISTA/ACERA/CARRETERA/CALLE/CALLEJÓN 14 <input type="checkbox"/> HOTEL/ MOTEL/ETC. 15 <input type="checkbox"/> CÁRCEL/PRISIÓN/PENITENCIARÍA/FACILIDAD CORRECCIONAL	16 <input type="checkbox"/> LAGO/RÍO NAVEGABLE/ PLAYA 17 <input type="checkbox"/> TIENDA DE LICORES 18 <input type="checkbox"/> ESTACIONAMIENTO/GARAGE/ZONA CARGA 19 <input type="checkbox"/> CENTRO ALQUILER ALMACENAMIENTO 20 <input type="checkbox"/> RESIDENCIA/HOGAR 21 <input type="checkbox"/> RESTAURANTE 23 <input type="checkbox"/> GASOLINERA/TIENDA ESPECIALIZADA 24 <input type="checkbox"/> TIENDA ESPECIALIZADA 25 <input type="checkbox"/> OTRO/DESCONOCIDO 37 <input type="checkbox"/> ESTRUCTURA/CONDOMINIO ABANDONADO 38 <input type="checkbox"/> PARQUE DE ENTRETENIMIENTO 39 <input type="checkbox"/> COLISEO/ESTADIO/FERIA 40 <input type="checkbox"/> CAJERO AUTOMÁTICO SEPARADA BANCO 41 <input type="checkbox"/> DEALER VEHÍCULOS NUEVOS/USADO 42 <input type="checkbox"/> CAMPAMENTO/CAMPAMENTO MILITAR	44 <input type="checkbox"/> FACILIDADES CUIDO DIARIO 45 <input type="checkbox"/> MUELLE/CARGA/TERMINAL MODAL 46 <input type="checkbox"/> GRANJA 47 <input type="checkbox"/> CENTRO DE JUEGO/CASINO/PISTA DE 48 <input type="checkbox"/> ZONA INDUSTRIAL 49 <input type="checkbox"/> INSTALACIÓN MILITAR 50 <input type="checkbox"/> PARQUES/PARQUES RECREATIVOS 51 <input type="checkbox"/> ÁREA DE DESCANSO 52 <input type="checkbox"/> COLEGIO/UNIVERSIDAD 53 <input type="checkbox"/> ESCUELA ELEMENTAL/SECUNDARIA 54 <input type="checkbox"/> REFUGIO/ALBERGUE/HOGARES SUSTITUTOS 55 <input type="checkbox"/> CENTRO COMERCIAL 56 <input type="checkbox"/> COMUNIDADES O RESERVACIÓN INDIA 57 <input type="checkbox"/> CENTROS COMUNITARIOS		
TIPO DE ARMA /FUERZA INVOLUCRADA (Marque hasta tres (3)) (Marque el encasillado, si es automática)				
(Ingrese "A" en la línea, si es automática)				
11 <input type="checkbox"/> ARMA DE FUEGO ___ 12 <input type="checkbox"/> PISTOLA ___ 13 <input type="checkbox"/> RIFLE ___ 14 <input type="checkbox"/> ESCOPETA ___ 15 <input type="checkbox"/> OTRA ARMA DE FUEGO	20 <input type="checkbox"/> CUCHILLO/INSTRUMENTO CORTANTE 30 <input type="checkbox"/> OBJETO DESAFILADO 35 <input type="checkbox"/> VEHÍCULO DE MOTOR 40 <input type="checkbox"/> ARMAS PERSONALES	50 <input type="checkbox"/> VENENO 60 <input type="checkbox"/> EXPLOSIVO 65 <input type="checkbox"/> FUEGO/INCENDIARIO 70 <input type="checkbox"/> NARCÓTICOS/DROGAS		
	85 <input type="checkbox"/> ASFIXIA 90 <input type="checkbox"/> OTRA 95 <input type="checkbox"/> DESCONOCIDA 99 <input type="checkbox"/> NINGUNA			
DATOS SOBRE LA VÍCTIMA DEL DELITO				
VÍCTIMA NÚM. 1 (Apellidos, nombre e inicial)	NOMBRE PREFERIDO	TELÉFONO DOMICILIARIO		
DIRECCIÓN (Calle, ciudad, código postal)				
TIPO DE VÍCTIMA	RAZA	SEXO	CONDICIÓN RESIDENCIA	GRUPO ÉTNICO
<input type="checkbox"/> INDIVIDUO <input type="checkbox"/> NEGOCIO <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> GOBIERNO <input type="checkbox"/> RELIGIOSO <input type="checkbox"/> SOCIEDAD/PÚBLICO <input type="checkbox"/> AGENTE ORDEN PÚBLICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> DESCONOCIDOS	<input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO ALASKA <input type="checkbox"/> HAWAIIANA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAII	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> RESIDENTE <input type="checkbox"/> NO RESIDENTE <input type="checkbox"/> DESCONOCIDA	<input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NO HISPANO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO
VÍCTIMA RELACIONADO CON NÚM. DELITO INDICADO ARRIBA		FECHA NACIMIENTO	EDAD	NÚM. DE VÍCTIMA
1 <input type="checkbox"/> _____ 2 <input type="checkbox"/> _____ 3 <input type="checkbox"/> _____				
VESTIMENTA				
MARCAS O CICATRICES				
CIRCUNSTANCIAS DE AGRESIÓN GRAVE /ASESINATO (Marque hasta dos (2))		HOMICIDIO JUSTIFICABLE		
01 <input type="checkbox"/> DISCUSIÓN 02 <input type="checkbox"/> AGRESIÓN CONTRA AGENTE POLICÍA 03 <input type="checkbox"/> VENTA DROGAS 04 <input type="checkbox"/> CRIMEN ORGANIZADO 05 <input type="checkbox"/> PANDILLAS JUVENILES 06 <input type="checkbox"/> PELEA ENTRE AMANTES 07 <input type="checkbox"/> EUTANASIA 08 <input type="checkbox"/> OTRO DELITO INVOLUCRADO 09 <input type="checkbox"/> OTRAS CIRCUNSTANCIAS 10 <input type="checkbox"/> CIRCUNSTANCIAS DESCONOCIDAS		20 <input type="checkbox"/> CRIMINAL MUERTO POR CIUDADANO 21 <input type="checkbox"/> CRIMINAL MUERTO POR AGENTE		
		OTRAS CIRCUNSTANCIAS JUSTIFICABLES		
		A <input type="checkbox"/> CRIMINAL ATACÓ AGENTE/AGENTE MATO CRIMINAL B <input type="checkbox"/> CRIMINAL ATACÓ AGENTE/OTRO AGENTE MATO CRIMINAL C <input type="checkbox"/> CRIMINAL ATACADO POR UN CIUDADANO D <input type="checkbox"/> CRIMINAL INTENTO PELEAR DURANTE EL INCIDENTE E <input type="checkbox"/> CRIMINAL MATADO DURANTE EL CRIMEN F <input type="checkbox"/> CRIMINAL RESISTIÓ EL ARRESTO G <input type="checkbox"/> INCAPAZ DE DETERMINAR/INFORMACIÓN INSUFICIENTE		
HOMICIDIO NEGLIGENTE				
31 <input type="checkbox"/> NIÑO JUGANDO CON ARMA 32 <input type="checkbox"/> ACCIDENTE LIMPIANDO ARMA 33 <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE CAZA 34 <input type="checkbox"/> OTRA NEGLIGENCIA CON ARMA DE FUEGO 35 <input type="checkbox"/> OTRA MUERTE NEGLIGENTE				
RELACIÓN DE VÍCTIMA A DELINCUENTE (Para relaciones de delincuentes múltiples, ingresar número(s) de delincuentes en el espacio)				
SE _ CONYUGE CS _ CONYUGE ACUERDO CONSENSUAL PA _ PADRE SB _ HERMANO (A) CH _ HIJO (A)	GP _ ABUELO GC _ NIETO IL _ PARIENTE POLÍTICO SP _ PADRASTRO/MADRASTRA SC _ HIJASTRO (A)	SS _ HERMANASTRO (A) OF _ OTRO FAMILIAR AQ _ CONOCIDO (A) FR _ AMIGO (A) NE _ VECINO (A)	BE _ NIÑO CUIDADO POR NIÑERA BG _ NOVIO (A) CF _ HIJO (A) DE "BG" HH _ PARIENTE HOMOSEXUAL XS _ EX - CONYUGE	EE _ EMPLEADO ER _ PATRONO OK _ OTRO CONOCIDO (A) ST _ DESCONOCIDO VO _ LA VÍCTIMA FUE EL DELINCUENTE RU _ RELACIÓN DESCONOCIDA
UNIDAD QUE TRANSPORTÓ A LA VÍCTIMA A INSTITUCIÓN DE SALUD				
<input type="checkbox"/> EME <input type="checkbox"/> EMM <input type="checkbox"/> PATRULLA NUM. DE LA UNIDAD: _____ OTROS _____				
FIRMA VÍCTIMA SE NEGÓ A RECIBIR TRATAMIENTO			TESTIGO SE REHUSÓ TRANSPORTE/TRATAMIENTO	
INSTITUCIÓN DE SALUD			MÉDICO/LICENCIA	

PERSONAS SOSPECHOSAS EN LA COMISIÓN DE DELITO

1. NOMBRE			DIRECCIÓN (Calle. ciudad estado, código postal)		
EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D	RAZA <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO ALASKA <input type="checkbox"/> HAWAIIANA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAII	NÚM. DE SOSPECHOSO		
VESTIMENTA					
2. NOMBRE			DIRECCIÓN (Calle. ciudad estado, código postal)		
EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D	RAZA <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO ALASKA <input type="checkbox"/> HAWAIIANA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAII	NÚM. DE SOSPECHOSO		
VESTIMENTA					
3. NOMBRE			DIRECCIÓN (Calle. ciudad estado, código postal)		
EDAD	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D	RAZA <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO ALASKA <input type="checkbox"/> HAWAIIANA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAII	NÚM. DE SOSPECHOSO		
VESTIMENTA					

DETENIDO

NÚMERO DE DETENIDOS	FIANZA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO CANTIDAD _____	USO DE FUERZA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NIVEL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4				
NOMBRE DEL FISCAL		NOMBRE DEL JUEZ				
INSTITUCIÓN PENAL	OFICIAL CORECCIÓN	INDICADOR DE ESCLARECIMIENTO MULTIPLE M <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE C <input type="checkbox"/> CONTAR A DETENIDO N <input type="checkbox"/> NO APLICA				
NOMBRE DETENIDO		NOMBRE PREFERIDO				
DIRECCIÓN (Calle. ciudad estado, código postal)						
EDAD	SEXO	RAZA	FECHA/LUGAR NACIMIENTO	S.S.	CONDICIÓN DE RESIDENCIA <input type="checkbox"/> RESIDENTE <input type="checkbox"/> NO RESIDENTE	NACIONALIDAD

EL DETENIDO ESTÁ ARMADO CON
(Marca hasta dos (2))

TIPO DE DETENCIÓN

DISPOSICIÓN DEL DETENIDO MENOR DE 18 AÑOS

(Ingrese "A" en la línea, si es automática)					
01 <input type="checkbox"/> NO ARMADO	14 <input type="checkbox"/> ESCOPETA	V <input type="checkbox"/> EN EL ACTO	<input type="checkbox"/> TRAMITADO DENTRO DEPARTAMENTO		
11 <input type="checkbox"/> ARMA DE FUEGO (Tipo no identificado)	15 <input type="checkbox"/> OTRA ARMA DE FUEGO	C <input type="checkbox"/> CITADO	<input type="checkbox"/> REFERIDO OTRA AUTORIDAD		
12 <input type="checkbox"/> PISTOLA	16 <input type="checkbox"/> ARMA BLANCA	L <input type="checkbox"/> LLEVADO BAJO CUSTODIA			
13 <input type="checkbox"/> RIFLE	17 <input type="checkbox"/> MANOPLA (Otro objeto contundente)				

ESTATURA ____' ____"	PESO	OJOS	CABELLO	NÚM. DETENCIÓN	FECHA DETENCIÓN	CÓDIGO DETENCIÓN UCR
-------------------------	------	------	---------	----------------	-----------------	----------------------

TESTIGOS

NOMBRE (Apellidos, nombre, inicial)	DIRECCIÓN (Calle, ciudad, estado, código postal)	TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO TRABAJO

