



NOTIFICACIÓN INCIDENTE DE USO DE FUERZA

PPR-605.3 Rev. 07/2019

Iniciales del Director Unidad: _____ Placa: _____ Núm. Control: (ej.: 2019-001) _____ -- _____

1. Querrela:		2. Tipo de Incidente:		3. Tipo de Arresto:		4. Fecha: (dd/mm/aaaa)	
5. Sector:			6. Zona:		7. Precinto/Distrito:		8. Área Policiaca:
9. Hora: <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.		10. Lugar del Incidente:					
11. Nombre y Placa del MNPPR que Utilizó la Fuerza:						12. Nivel de Fuerza: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	

TÉCNICAS PARA CONTROLAR LA RESISTENCIA

1	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego (Ley 154-2008) <input type="checkbox"/> Escolta <input type="checkbox"/> Manos Suaves (técnica): _____
2	<input type="checkbox"/> Agente Químico <input type="checkbox"/> Gas Pimienta <input type="checkbox"/> Gas Lacrimógeno (Aplicaciones: _____) <input type="checkbox"/> Mano Duras (técnica): _____
2	<input type="checkbox"/> No Contacto Arma de Impacto (técnica) _____ <input type="checkbox"/> No Contacto DCE (técnica) _____ <input type="checkbox"/> No Contacto Can NPPR
3	<input type="checkbox"/> Contacto Arma de Impacto <input type="checkbox"/> Técnica de Impacto <input type="checkbox"/> Técnica de Bloqueo Cantidad de Contactos: _____
3	<input type="checkbox"/> Técnica Cartucho (Dardo) <input type="checkbox"/> Técnica de Contacto (<i>Drive-Stun</i>) Cantidad de aplicaciones: _____
3	<input type="checkbox"/> Mordida del Can NPPR <input type="checkbox"/> Apuntar Arma de Fuego <input type="checkbox"/> <i>Entry Team</i> <input type="checkbox"/> MNPPR
4	<input type="checkbox"/> Muerte Arrestado <input type="checkbox"/> Grave Daño Corporal <input type="checkbox"/> Grave Riesgo Muerte <input type="checkbox"/> Disparo Arma de Fuego
4	<input type="checkbox"/> Golpe al Cuello o Parte Superior a Éste <input type="checkbox"/> Agarre Cuello

13. Nombre Persona Involucrada en el Incidente:		14. Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	15. Raza:	16. Nombre Preferido: <input type="checkbox"/> N/A	
17. ¿Recibió Atención Médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/> N/A		18. Lugar de Asistencia Médica (detalle en el ítem 20, el nombre y licencia del profesional de la salud)			

19. Tipo de Arma Utilizó la Persona: _____

20. BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE DE USO DE FUERZA

21. MNPPR de Centro de Mando Notificado:		Placa:	Hora: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Fecha: (dd/mm/aaaa)
22. Nombre Supervisor de Turno:		Placa:	Adscrito:	Fecha: (dd/mm/aaaa)
23. Firma del Supervisor de Turno:			24. Firma del Director Precinto/Distrito:	