

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
Tribunal de Primera Instancia
 Sala Superior de _____

**INFORMACIÓN PERSONAL DEL (DE LA) ASPIRANTE A TUTOR(A)
 Y DE LA PERSONA A SER TUTELADA**

A. Datos personales del (de la) aspirante a tutor(a): complete cada uno de los siguientes encasillados con la información del (de la) aspirante	
Nombre completo: _____	
Teléfono: () - _____	Celular: () - _____
<i>Dirección residencial:</i>	<i>Dirección postal:</i>
Correo electrónico: _____	Núm. licencia de conducir: _____
Fecha de nacimiento: _____ (d/m/a)	Lugar de nacimiento: _____
Número de pasaporte o identificación de visado: _____	
País de expedición: _____	Fecha de vencimiento: _____ (d/m/a)
Estatus civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a): _____	
<i>Nombre del (de la) cónyuge</i>	
B. Si el aspirante a tutor(a) es una entidad u organización, complete cada uno de los siguientes encasillados con la información requerida	
Nombre completo de la entidad u organización: _____	
Nombre del (de la) representante: _____	
<i>Seguro social patronal</i>	
() -	
<i>Dirección de la entidad u organización:</i>	<i>Número de teléfono</i>
Incluya la <i>Certificación de Buena Pro</i> emitida por el Departamento de Estado donde conste que la entidad ha cumplido con la radicación de los Informes Anuales (Certificado de <i>Good Standing</i>).	
C. Información personal del (de la) menor o incapaz: complete la siguiente información sobre la persona a ser tutelada	
Nombre completo: _____	
Sexo: _____	Fecha de nacimiento: _____ (d/m/a)
Edad: _____	
Lugar de nacimiento: _____	
Estatus civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a): _____	
<i>Nombre del (de la) cónyuge</i>	
Núm. Identificación electoral: _____	Núm. Licencia de conducir: _____
<i>Nombre del padre:</i>	<i>Nombre de la madre:</i>
Tipo de la incapacidad: _____	
Dirección residencial o nombre y dirección de la Institución donde reside: _____	
Última dirección residencial: _____	
Teléfono residencial: () - _____	Teléfono de la Institución: () - _____
Nombre completo del (de la) encargado(a) de la institución u organización: _____	

C. Información personal del (de la) menor o incapaz: complete la siguiente información sobre la persona a ser tutelada (Continuación)	
Nombre completo del (de la) profesional de la salud que atiende al (a la) menor o incapaz:	
.....	
.....	
<i>Especialidad:</i>	
.....	
<i>Dirección:</i>	
<i>Número de Teléfono</i>	
.....	
D. Información adicional: incluya los datos de un familiar mayor de edad del (de la) menor o incapaz que no sea el aspirante a (la) tutor(a)	
Nombre completo:	
.....	
.....	
<i>Dirección residencial:</i>	
<i>Dirección postal:</i>	
.....	
Teléfono residencial: () -	Celular: () -
Teléfono del trabajo: () -	Correo electrónico: