

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA**  
**Tribunal de Primera Instancia**  
Sala  Superior  Municipal de \_\_\_\_\_

<p>_____  Parte Peticionaria (usted)</p> <p style="text-align: center;">v.</p> <p>_____  Parte Peticionada  (contra quien solicita)</p>	<p>Caso Número: OPVS-20 _____ -</p> <p>Asunto: Violencia Sexual (Ley Núm. 148-2015)</p> <p>Ninguna información de este documento será divulgada sin Orden de un Juez o de una Jueza del tribunal, salvo que la divulgación sea para propósitos gubernamentales y autorizada por la víctima.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FORMULARIO DE DATOS PERSONALES PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL  
(CONFIDENCIAL)\***

I. INFORMACIÓN DE LA PARTE PETICIONARIA	
Nombre _____ Inicial _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Apodo _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Fecha de Nacimiento: _____ <span style="margin-left: 150px;"><i>día/mes/año</i></span> Edad: _____	Impedimento Físico: <input type="checkbox"/> Sí, _____ <input type="checkbox"/> No <span style="float: right;"><i>(Indique cuál)</i></span> Núm. de Licencia de Conducir _____ Color de Piel _____ Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> Otras _____ Nacionalidad: _____ País de Origen: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL (DE LA) REPRESENTANTE DE LA PARTE PETICIONARIA	
Nombre y apellidos de su madre, padre o tutor _____ Dirección Física Urb./Barrio/Cond. : _____ Núm./Calle/Apt. : _____ Pueblo: _____ País o Estado: _____ Código Postal: _____ Puntos de Referencia: _____	Dirección Postal <input type="checkbox"/> Marque este encasillado si es igual a la Dirección Física Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box: _____ Núm./Calle/Apt. : _____ Pueblo: _____ País o Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Celular: _____ - - Teléfono Residencial: _____ - -

**\*Nota:** Este formulario de datos personales deberá ser presentado junto al formulario OAT 1773 Petición de Orden de Protección para Víctimas de Agresión Sexual.

II. DIRECCIÓN DE LA PARTE PETICIONARIA	
<p style="text-align: center;">Dirección Física</p> <p>Urb./Barrio/Cond. : _____</p> <p>Núm./Calle/Apt.: _____</p> <p>Pueblo: _____</p> <p>País o Estado: _____</p> <p>Código Postal: _____</p> <p>Teléfono Celular:       -       -</p> <p>Teléfono Residencial:   -       -</p> <p>Puntos de Referencia: _____</p>	<p style="text-align: center;">Dirección Postal</p> <p><input type="checkbox"/> Marque este encasillado si es igual a la Dirección Física</p> <p>Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box: _____</p> <p>Núm./Calle/Apt.: _____</p> <p>Pueblo: _____</p> <p>País o Estado: _____</p> <p>Código Postal: _____</p>
III. INFORMACIÓN DEL ALBERGUE DE LA PARTE PETICIONARIA	
<p>¿Está albergado(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso de contestar sí, las notificaciones se enviarán a: _____</p> <p>Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box: _____</p> <p>Núm./Calle/Apt. _____ Pueblo: _____</p> <p>País o Estado: _____ Código Postal : _____</p> <p>Puntos de Referencia: _____</p>	
IV. FAMILIAR O PERSONA CONTACTO DE LA PARTE PETICIONARIA	
<p>Información de Familiar Cercano</p> <p>Nombre y Apellidos: _____</p> <p>Parentesco: _____</p> <p>Teléfono Celular:       -       -</p> <p>Lugar de Trabajo: _____</p> <p>Teléfono del Trabajo:   -       -</p> <p>Ext. : _____</p>	<p>Dirección Física de Familiar Cercano</p> <p>Urb./Barrio/Cond. : _____</p> <p>Núm./Calle/Apt. : _____</p> <p>Pueblo: _____</p> <p>País o Estado: _____</p> <p>Código Postal: _____</p> <p>Puntos de Referencia: _____</p>
V. INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	
<p>La Ley Núm. 148-2015 le impone a este tribunal la obligación de enviar copia de la orden de protección que se expida a su favor a la institución educativa donde usted o sus hijos(as) acuden. A esos efectos y de tenerla disponible, provea la información siguiente:</p>	
<p>Nombre de la institución educativa: _____</p> <p>Nombre del (de la) Director(a) o persona encargada: _____</p>	<p>Dirección Postal</p> <p>Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box: _____</p> <p>Núm./Calle/Apt.: _____</p> <p>Pueblo: _____</p> <p>País o Estado: _____</p> <p>Código Postal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Desconozco la dirección</p>

**VI. INFORMACIÓN DE SU PATRONO Y COMPAÑÍA A CARGO DEL CONTROL DE ACCESO DE SU RESIDENCIA**

La Ley Núm. 148-2015 le impone a este tribunal la obligación de enviar copia de la orden de protección que se expida a su favor a su patrono y a la compañía de seguridad a cargo del control de acceso de su residencia. A esos efectos y de tenerla disponible, provea la información siguiente:

Nombre de su Patrono: _____ _____	Nombre de compañía de seguridad a cargo del control de acceso de su residencia: _____
Nombre del (de la) Supervisor(a): _____	_____
Dirección Postal Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box: _____	Dirección Postal Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box: _____
Núm./Calle/Apt. : _____	Núm./Calle/Apt. : _____
Pueblo: _____	Pueblo: _____
País o Estado: _____	País o Estado: _____
Código Postal: _____	Código Postal: _____
<input type="checkbox"/> Desconozco la dirección	<input type="checkbox"/> Desconozco la dirección

He recibido apoyo y orientación en entidades públicas o privadas que ofrecen servicios a víctimas de violencia sexual:  Sí  No

Intervino Intercesor(a) Legal:  Sí

\_\_\_\_\_  
*Nombre y Número de Certificación del (de la) Intercesor(a) Legal*

No

La información que usted provee en este formulario será custodiada de manera confidencial. No obstante, en caso de ser necesario para garantizar su seguridad y propósitos gubernamentales de cumplimiento con la Ley Núm. 148-2015, se podría divulgar esta información al  Departamento de la Familia;  Policía de Puerto Rico;  Policía Municipal;  Departamento de Corrección y Rehabilitación;  Programa de Servicios con Antelación a Juicio;  Junta de Gobierno del Servicio 9-1-1;  Junta de Libertad Bajo Palabra.

Otro: \_\_\_\_\_

Autorizo  No Autorizo

\_\_\_\_\_  
*Nombre y Apellidos de la Parte Peticionaria (usted)  
o su Representante*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la Parte Peticionaria (usted)  
o su Representante*