

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

Commonwealth of Puerto Rico  
GENERAL COURT OF JUSTICE  
Court of First Instance

Sala (Court)  Superior  Municipal de (of) \_\_\_\_\_

Parte Peticionaria (Petitioner)
v.
Parte Peticionada (Respondent) (contra quien solicita) (opposing party)

Caso Número (Case Number): \_\_\_\_\_

**Asunto:** Violencia Doméstica (Ley Núm. 54)  
**(RE:** Domestic Violence - Law No. 54)

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  
(No information from this document will be disclosed without a Court Order, except when the disclosure is for governmental purposes and authorized by the victim).

**FORMULARIO DE DATOS PERSONALES  
(PERSONAL INFORMATION FORM)  
CONFIDENCIAL (CONFIDENTIAL)**

I. INFORMACIÓN DE LA PARTE PETICIONARIA (PETITIONER'S INFORMATION)	
Nombre (Name) _____ Inicial (Middle Initial) _____	Impedimento Físico (Physical Impediments): <input type="checkbox"/> No (No) <input type="checkbox"/> Sí (Yes), _____ <i>(Indique cuál) (specify)</i>
Apellido Paterno (Paternal Surname) _____	Núm. de Licencia de Conducir (Driver's License Number): _____
Apellido Materno (Maternal Surname) _____	Color de Piel (Skin Color): _____
Apodo (Nickname) _____	Raza (Race): <input type="checkbox"/> Blanca (White) <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana (Black or African American) <input type="checkbox"/> Asiática (Asian)
Sexo (Sex): <input type="checkbox"/> Mujer (Female) <input type="checkbox"/> Hombre (Male)	<input type="checkbox"/> Hispana o Latina (Hispanic or Latino) <input type="checkbox"/> Otras (Other): _____
Fecha de Nacimiento (Date of Birth): _____ <i>día/mes/año (day/month/year)</i>	Nacionalidad (Nationality): _____
Edad (Age): _____	País de Origen (Country of Origin): _____
	*Núm. de Seguro Social (Social Security Number): - -
	Correo Electrónico (Email): _____

A. INFORMACIÓN DEL (DE LA) REPRESENTANTE DE LA PARTE PETICIONARIA (MENOR DE EDAD, JUDICIALMENTE INCAPACITADA) [PETITIONER'S REPRESENTATIVE INFORMATION (MINOR, JUDICIALLY INCAPACITATED)]	
Nombre y Apellidos de su madre, padre o tutor legal (Full name of parent or legal guardian): _____	<b>Dirección Postal (Mailing Address)</b> <input type="checkbox"/> Marque este encasillado si es igual a la Dirección Física (Check this box if same as Physical Address)
<b>Dirección Física (Physical Address)</b> Urb./Barrio/Cond. (Residential Area/Ward/Condo): _____	Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box (Residential Area/ Condo/PO Box/HC Box/RR Box): _____
Núm./Calle/Apt. (No./Street/Apt.): _____	Núm./Calle/Apt. (No./Street/Apt.): _____
Pueblo (Town): _____	Pueblo (Town): _____
País o Estado (Country or State): _____	País o Estado (Country or State): _____
Código Postal (Zip Code): _____	Código Postal (Zip Code): _____
Puntos de Referencia (Landmarks): _____	Teléfono Celular (Mobile Phone): _____ - -
	Teléfono Residencial (Home Phone): _____ - -

II. DIRECCIÓN DE LA PARTE PETICIONARIA (PETITIONER'S ADDRESS)	
<p><b>Dirección Física (Physical Address)</b></p> <p>Urb./Barrio/Cond. (Residential Area/Ward/Condo): .....</p> <p>Núm./Calle/Apt. (No./Street/Apt.): .....</p> <p>Pueblo (Town): .....</p> <p>País o Estado (Country or State): .....</p> <p>Código Postal (Zip Code): .....</p> <p>Teléfono Celular (Mobile Phone): - - .....</p> <p>Teléfono Residencial (Home Phone): - - .....</p> <p>Puntos de Referencia (Landmarks): .....</p>	<p><b>Dirección Postal (Mailing Address)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Marque este encasillado si es igual a la Dirección Física (Check this box if same as Physical Address)</p> <p>Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box (Residential Area/ Condo/PO Box/HC Box/RR Box): .....</p> <p>Núm./Calle/Apt. (No./Street/Apt.): .....</p> <p>Pueblo (Town): .....</p> <p>País o Estado (Country or State): .....</p> <p>Código Postal (Zip Code): .....</p>

III. INFORMACIÓN DEL ALBERGUE DE LA PARTE PETICIONARIA (PETITIONER SHELTER'S INFORMATION)
<p>¿Está albergado(a)? (Are you harbored?): <input type="checkbox"/> No (No) <input type="checkbox"/> Sí (Yes). Enviar notificaciones a (Send notifications to): .....</p> <p>Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box (Residential Area/Condo/PO Box/HC Box/RR Box): .....</p> <p>Núm./Calle/Apt. (No./Street/Apt.): ..... Pueblo (Town): .....</p> <p>País o Estado (Country or State): ..... Código Postal (Zip Code): .....</p> <p>Puntos de Referencia (Landmarks): .....</p>

IV. FAMILIAR O PERSONA CONTACTO DE LA PARTE PETICIONARIA (CONTACT PERSON OR RELATIVE OF THE PETITIONER)	
<p><b>Información de Familiar Cercano (Information of Close Relative)</b></p> <p>Nombre y Apellidos (Full Name): .....</p> <p>Parentesco (Kinship): .....</p> <p>Teléfono Celular (Mobile Phone): - - .....</p> <p>Lugar de Trabajo (Workplace): .....</p> <p>Teléfono del Trabajo (Work Phone): - - .....</p> <p>Ext.: .....</p>	<p><b>Dirección Física de Familiar Cercano (Physical Address of Close Relative)</b></p> <p>Urb./Barrio/Cond. (Residential Area/Ward/Condo): .....</p> <p>Núm./Calle/Apt. (No./Street/Apt.): .....</p> <p>Pueblo (Town): .....</p> <p>País o Estado (Country or State): .....</p> <p>Código Postal (Zip Code): .....</p> <p>Puntos de Referencia (Landmarks): .....</p>

Complete la tabla siguiente si solicita pensión alimentaria provisional para los (las) hijos(as) menores que tiene en común con la parte peticionada (Complete the following table if you are requesting provisional child support for the minor children that you have with the respondent).

V. INFORMACIÓN SOBRE LOS (LAS) HIJOS(AS) (CHILDREN'S INFORMATION)		
Nombre y Apellidos (Full Name)	Fecha Nacimiento (Date of Birth)	*Número de Seguro Social (Social Security Number)
		- -
		- -
		- -
		- -
		- -
		- -
		- -

**VI. INFORMACIÓN DE SU PATRONO Y COMPAÑÍA A CARGO DEL CONTROL DE ACCESO DE SU RESIDENCIA  
(INFORMATION ON PETITIONER'S EMPLOYER AND RESIDENTIAL SECURITY COMPANY)**

La Ley Núm. 54 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 (Law No. 54 imposes this court the obligation to send a copy of the protective order issued to your employer and security company in charge of your residential access control. For such purposes, please provide the following information, if available):

Nombre de su Patrono (Employer's Name): .....	Nombre de Compañía de Seguridad a Cargo de Control de Acceso de su Residencia (Name of the Residential Security Company): .....
Nombre del (de la) Supervisor(a) (Supervisor's Name): .....	
<b>Dirección Postal (Mailing Address)</b> Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box (Residential Area/Condo/PO Box/HC Box/RR Box): .....	<b>Dirección Postal (Mailing Address)</b> Urb./Cond./PO Box/HC Box/RR Box (Residential Area/Condo/PO Box/HC Box/RR Box): .....
Núm./Calle/Apt. (No./Street/Apt.): .....	Núm./Calle/Apt. (No./Street/Apt.): .....
Pueblo (Town): .....	Pueblo (Town): .....
País o Estado (Country or State): .....	País o Estado (Country or State): .....
Código Postal (Zip Code): .....	Código Postal (Zip Code): .....
<input type="checkbox"/> Desconozco la dirección (I do not know the address)	<input type="checkbox"/> Desconozco la dirección (I do not know the address)

He recibido apoyo y orientación en entidades públicas o privadas que ofrecen servicios a víctimas de violencia doméstica (I have received support and guidance at public or private entities that provide services to victims of domestic violence):  No (No)  Sí (Yes)

Intervino Intercesor(a) Legal (A Victim Advocate intervened):  No (No)  Sí (Yes)

Nombre o Número de Certificación del (de la) Intercesor(a) Legal (Name or Certification Number of Victim Advocate)

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. 54, según enmendada se podría divulgar esta información al (The information that you provide on this form will be held confidential. However, if necessary to ensure your safety and for governmental purposes pursuant to Law No. 54, as amended, this information may be disclosed to)  Departamento de la Familia (Department of Family);  Policía de Puerto Rico (Puerto Rico Police Department);  Policía Municipal (Municipal Police Department);  Departamento de Corrección y Rehabilitación (Department of Correction and Rehabilitation);  Oficina de Servicios con Antelación a Juicio (Pre-Trial Services Office);  Junta de Gobierno del Servicio 9-1-1 (9-1-1 Service Governing Board);  Junta de Libertad Bajo Palabra (Parole Board); Otro (Other): .....

Autorizo (I Authorize)  No Autorizo (I Do Not Authorize)

Nombre y Apellidos de la Parte Peticionaria (usted) o su Representante  
(Full Name of Petitioner (you) or Representative)

Firma de la Parte Peticionaria (usted) o su Representante  
(Signature of Petitioner (you) or Representative)

\* La Ley 243-2006, Ley de la Política Pública sobre el Uso del Número del Seguro Social como Verificación de Identidad, faculta al Tribunal General de Justicia a solicitar el número de seguro social en sus formularios, modelos y otros documentos oficiales con el propósito de verificación de identidad, hacer contrareferencia con la información disponible internamente o entre agencias o entidades y uniformar los procedimientos de intercambio de datos. Proveer este número será una acción requerida en virtud del Artículo 23 de la Ley Núm. 5 de 30 de diciembre de 1986, según enmendada (Ley Orgánica de la Administración para el Sustento de Menores (ASUME)) y será utilizado a tenor con las disposiciones de esta ley. Esta información no se utilizará como número de caso, querrela o cliente, ni en el epígrafe de los formularios oficiales, modelos u otros documentos que la Rama Judicial genere. Medidas preventivas están establecidas para asegurar su confidencialidad. (Law 243-2006, Law on Public Policy regarding the Use of Social Security Numbers as Identity Verification, empowers the General Court of Justice to request Social Security numbers on forms and other official documents for the purpose of identity verification, to cross-reference information that is internally available or held by other agencies or entities, and to standardize procedures for exchanging information. Providing this number will be an action required under Article 23 of Law No. 5 of December 30, 1986, as amended (Organic Law of the Child Support Administration (ASUME)), and it will be used in accordance with the provisions of this law. This information will not be used as a case, complaint or client number, nor in the heading of official forms or other documents issued by the Judicial Branch. Preventive measures are in place to ensure its confidentiality).