

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
Oficina de Administración de los Tribunales

CUESTIONARIO DE CANDIDATOS(AS) A JURADO
(Este documento es confidencial)



Jurado número: _____

DATOS PERSONALES Y LUGAR DE RESIDENCIA

1. Nombre: _____
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
2. Dirección residencial: _____
URBANIZACIÓN O BARRIO
- _____
CALLE, EDIFICIO O RUTA APARTAMENTO / BUZÓN PUEBLO ESTADO / PAÍS CÓDIGO POSTAL
- Marque el encasillado si su dirección postal es igual a la residencial.
3. Dirección postal: _____
URBANIZACIÓN O BARRIO
- _____
CALLE, EDIFICIO O RUTA APARTAMENTO / BUZÓN PUEBLO ESTADO / PAÍS CÓDIGO POSTAL
4. Teléfono: (_____) _____ - _____ 5. Celular*: (_____) _____ - _____
6. Correo electrónico*: _____
7. Núm. de Seguro Social¹: xxx-xx- _____ 8. ¿Desde cuándo vive en el pueblo? _____
9. Si usted es vecino(a) de un área o sector rural, explique cómo llegar a su casa (indique el nombre del sector, número o nombre de la carretera, kilómetro, intersección y puntos de referencia, etc.) Si reside en un lugar de acceso controlado, indique su número de control de acceso.
- _____

10. ¿En qué otro pueblo estado país vivió antes? _____
11. ¿Por cuánto tiempo? _____
12. Si reside fuera de Puerto Rico indique desde cuándo: _____

NOTA IMPORTANTE

**La información de su número de teléfono celular y su correo electrónico es necesaria. Usted podrá recibir a través de estos medios las notificaciones relacionadas con su citación de parte del Poder Judicial.*

DATOS DEMOGRÁFICOS E INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

13. Fecha de nacimiento: _____ de _____ de _____ 14. Edad: _____ años
15. Sexo: _____ 16. Estado civil: Soltero(a) Casado(a)
17. Máximo grado escolar alcanzado: _____ 18. ¿Trabaja actualmente?
 Sí No
19. Ocupación: _____
20. Si es abogado(a), indique su número del Tribunal Supremo (RUA): _____
21. Nombre del patrono: _____
22. Dirección del patrono: _____
URBANIZACIÓN O BARRIO NÚMERO CALLE PUEBLO / ESTADO / PAÍS
23. Teléfono del patrono: (_____) _____ - _____ Ext: _____
24. Fax: (_____) _____ - _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

25. Nombre de (de la) pariente más cercano(a): _____
26. Dirección del (de la) pariente más cercano(a): _____
URBANIZACIÓN O BARRIO
- _____
NÚMERO CALLE PUEBLO / ESTADO / PAÍS
27. Teléfono: (_____) _____ - _____
28. ¿Ha sido usted convicto(a) por un delito grave o cualquier otro que implique depravación moral?
 Sí No Si contestó sí, indique la fecha y los delitos: _____
- _____

29. ¿Ha servido usted como jurado estatal anteriormente? Sí No Incluya la fecha en formato d/m/a

30. ¿Sabe usted leer y escribir español?* Sí No * Si contestó no, deberá someter una declaración jurada.

31. De acuerdo al Artículo 5, inciso E de la Ley Núm. 281-2003, según enmendada, indique si existe alguna condición física, mental u otra situación que le impida servir como jurado. Sí No Si contestó Sí, detalle las razones y complete la Certificación Médica adjunta.

32. ¿Otra persona contestó el cuestionario? Sí* No * Si marcó sí, conteste las preguntas 33 y 34.

33. Nombre de la persona que completó el cuestionario: _____

34. Relación con el (la) candidato(a) a jurado: _____

CERTIFICO que la información suministrada es veraz y correcta. Estoy consciente de que me expongo a sanciones, acciones legales y otras consecuencias en caso de someter información falsa al Negociado o al Tribunal General de Justicia de acuerdo con el Artículo 12 de la Ley Núm. 281-2003, según enmendada.

Nombre completo del (de la) candidato(a) a jurado _____ Firma _____ Fecha (d/m/a) _____

CERTIFICACIÓN MÉDICA
(Favor de completar este documento en letra de molde)

Yo, _____, número de licencia _____
Profesional de la salud especializado(a) en _____
CERTIFICO que conozco al (a la) señor(a) _____
quien es mi paciente desde _____ hasta el presente y padece de las siguientes condiciones
Indique la fecha (d/m/a)
que lo (la) incapacitan para servir como jurado: _____

DOY FE que las condiciones arriba descritas corresponden a una situación de salud actual, de carácter
 temporero permanente.

Para que conste hoy ____ de _____ de ____ en _____, _____.

Firma del (de la) profesional de la salud _____

Dirección de la oficina médica: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ Fax: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL NEGOCIADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO DE JURADO

Luego de examinada esta solicitud determinamos que el (la) candidato(a) a jurado es:
 Elegible No elegible Excluido(a) Diferido(a) hasta: _____
Incluya la fecha en formato d/m/a

Razones para la determinación: _____

Nombre del (de la) funcionario(a) o empleado(a) _____ Puesto _____ Firma _____ Fecha (d/m/a) _____

La Ley para la Administración del Servicio de Jurado de Puerto Rico
le provee los siguientes derechos al ser seleccionado(a):

- Seguridad y retención en el empleo
- Pago de salario por su patrono mientras esté activo(a)
- Pago de dieta por cada día de servicio
- Pago o reembolso por gastos de transportación o alojamiento

Recuerde enviar el formulario completado en el sobre predirigido
dentro de los catorce (14) días calendario luego del recibo

Para el envío del cuestionario y para mayor información o detalles comuníquese con nosotros al: 787-641-6600 Ext. 5760, 5761 y 5752 hasta 5758 o mediante cuestionariodejurado@poderjudicial.pr.

¹ La Ley Núm. 243-2006, Ley de la Política Pública sobre el Uso del Número de 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 contrarreferencia con la información disponible y uniformar los procedimientos de intercambio de datos. Proveer este número será una acción voluntaria. Esta información no se utilizará como número de caso, querrela o empleado(a), ni en el epígrafe de documentos que genere el Poder Judicial. Medidas preventivas están establecidas para asegurar su confidencialidad.