

TPO: _____ **Información de la parte demandada** **Fecha:** _____

Información requerida			
Nombre:	_____	_____	_____
	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento:	_____ (DD/MM/AAAA)	Género:	_____ (M = masculino; F = femenino; U = desconocido)

Número de licencia de conducir: _____ Estado de la licencia: _____ Número del Seguro Social: _____

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ - _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ - _____

Raza: ____ (A = asiático/isleño del Pacífico; B = negro; I = indio americano; O = otro; W = blanco; U = desconocido)

Color de ojos: _____ Color de cabello: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Rasgos distintivos: _____

Número de teléfono 1 (_____) _____ - _____ (H = casa; W = trabajo; C = celular; O = otro; F = fax)

2 (_____) _____ - _____ (H = casa; W = trabajo; C = celular; O = otro; F = fax)

3 (_____) _____ - _____ (H = casa; W = trabajo; C = celular; O = otro; F = fax)

Indicadores varios: Experto en artes marciales Experto en explosivos Se sabe que abusa de las drogas

Indicador médico: Afección cardíaca Alcoholismo Alergias

Epilepsia Ideas suicidas Requiere medicamentos

Hemofilia Diabetes

Otros _____

Se necesita intérprete Idioma _____

Vehículos de la parte demandada						
Número de matrícula	Estado	Año	Marca	Modelo	Color	
1.	_____	_____	_____	_____	_____	
2.	_____	_____	_____	_____	_____	
3.	_____	_____	_____	_____	_____	

Profesión: _____ Lugar de trabajo: _____

Días laborales: _____ Horario laboral: _____

Otras personas en la residencia de la parte demandada: _____

Otras direcciones o lugares (lugares de reunión) donde se puede encontrar a la parte demandada:

Ubicación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ - _____

Ubicación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ - _____