

**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:  Afecía 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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_