

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: _____ - _____