

**PRUEBA DE ALCOHOLEMIA**

DEL LUGAR DEL OPERATIVO											
Fecha y hora :		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>									
Lugar donde se realiza la prueba:		<input type="text"/>									
DEL CONDUCTOR Y/O PERSONA EVALUADA											
Nombre y Apellidos del conductor		<input type="text"/>									
Domicilio del conductor		<input type="text"/>									
Tipo y No. de Licencia		<input type="text"/> A	<input type="text"/> B	<input type="text"/> C	<input type="text"/> EXT	<input type="text"/> JUV	<input type="text"/> M	-		<input type="text"/>	
No. D.P.I.		<input type="text"/>									
No. Telefónico		Domiciliar:			<input type="text"/>			Celular:		<input type="text"/>	
DEL VEHICULO											
Tipo de vehículo		<input type="text"/> Automóvil	<input type="text"/> Pick Up	<input type="text"/> Camioneta	<input type="text"/> Camionetilla	<input type="text"/> Taxi	<input type="text"/> Jeep	<input type="text"/> Bus Ext.	<input type="text"/> Bus U.	<input type="text"/> Motocicleta	<input type="text"/> Panel
TC		<input type="text"/>	Marca		<input type="text"/>	Color		<input type="text"/>			
Tipo y No. de Placas		<input type="text"/> A	<input type="text"/> C	<input type="text"/> CD	<input type="text"/> M	<input type="text"/> O	<input type="text"/> P	<input type="text"/> U	-		<input type="text"/>
DE LA PRUEBA											
Se realizo prueba física		<input type="text"/> Sí	<input type="text"/> No	Resultado		<input type="text"/> Positivo	<input type="text"/> Negativo	Documentado		<input type="text"/> Sí	<input type="text"/> No
Se realizo prueba Técnica		<input type="text"/> Sí	<input type="text"/> No	Resultado		<input type="text"/> Positivo	<input type="text"/> Negativo	Grados		<input type="text"/>	
Fue infraccionado		<input type="text"/> Sí	<input type="text"/> No	Artículo		<input type="text"/>		No. Boleta		<input type="text"/>	
Se retiro del operativo por sus propios medios		<input type="text"/> Sí	<input type="text"/> No	Indicar		<input type="text"/>					
Observaciones		<input type="text"/>									
		<input type="text"/>									

Chapa, Nombre y firma del Agente

Chapa, Nombre y firma del Jefe inmediato