



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
Programa de Consejería de Alcohol y Drogas

Doc #

DATOS DE IDENTIFICACION

Núm. Expediente ASSMCA		Núm. Seguro Social		Núm. Caso Criminal			
Nombre con dos apellidos		Estado Civil soltero(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> unión con <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> viudo(a) <input type="checkbox"/> separado(a) <input type="checkbox"/>		Edad		Fecha nac. D M A	
				Sexo F M		Lugar Nac.	
Num. Lic. Conducir	Cat.	Dirección Postal		Tel. Res.		Tel. Trabajo	
Dirección Física		Dirección Postal		Celular			
Pueblo	Zip Code	Pueblo	Zip Code	¿Tiene algún impedimento?			
Plan Médico: Reforma de Salud <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>		¿Recibe tratamiento para alguna condición de salud? <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> física		¿Tiene algún impedimento? <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> físico			
Último Grado Completado		Lugar de Trabajo		Motivo de no empleabilidad Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/>			
Composición Familiar (personas en el hogar)				Nombre de: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>			
Nombre de esposo(a) o pareja				por ciento de alcohol arrojado en la prueba: %			
Situación legal							
Fecha de Orden del Tribunal		Tribunal					
Fecha de Sentencia		Juez					
¿Esta es la primera vez que es intervenido en este tipo de casos?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Núm. sentencias			
Si contestó que no, indique cuantas veces ha sido sentenciado por un tribunal de justicia.							
¿Ha sido evaluado anteriormente por nuestro programa u otra agencia, por un caso de la Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico? (Conducir en estado de embriaguez alcohólica).		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Si contestó si, indique oficina en que fue evaluado y año del caso							
Oficina		Año					

NOTA IMPORTANTE: De usted cambiar su número de teléfono o su dirección física o postal, será su responsabilidad notificarlo a la brevedad posible a nuestro Programa. Si nuestro Programa intenta comunicarse con usted y no logra localizarlo por cambios en teléfono o dirección, el caso será devuelto al Tribunal de procedencia.

Fecha que completó formulario: (día) (mes) (año) Firma