

Gobierno de Puerto Rico
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
Administración Auxiliar de Tratamiento
Programa Ley 22

Perfil del Participante

Núm. Expediente ASSMCA _____	Núm. Seguro Social (últimos 4 dígitos) _____	Núm. Caso Criminal _____
Nombre con Apellidos _____ Núm. De Lic. Conducir: _____	Estado Civil ____ Soltero ____ Casado ____ Unión con. ____ Divorciado(a) ____ Viudo(a) ____ Separado	Edad: _____ Sexo: F ____ M ____ Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Lugar de Nacimiento: _____
Dirección Física _____ _____ Pueblo _____ Zip Code _____	Dirección Postal _____ _____ Pueblo _____ Zip Code _____	Tel. Residencia: _____ Celular: _____ Tel. Trabajo: _____
Plan Médico Reforma de Salud: _____ Privado: _____ No tiene: _____	¿Recibe tratamiento para alguna condición de salud? Mental: _____ Física: _____	¿Tiene algún impedimento? Mental: _____ Físico: _____
Último Grado Completado _____ _____	Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____ No trabajo: _____	Motivo de no empleabilidad ____ Desempleado ____ Incapacitado ____ Veterano ____ Retirado
Composición Familiar (personas en el hogar) _____ Nombre de esposo (a) o pareja _____		Nombre de: Padre _____ Madre _____
Situación legal		
Fecha de Orden del Tribunal: _____ Fecha de sentencia: _____		Por ciento de alcohol arrojado en la prueba: _____ % Tribunal: _____ Juez: _____
¿Esta es la primera vez que es intervenido en este tipo de casos? ____ Sí ____ No ¿De su respuesta ser afirmativa, indique cuantas veces ha sido sentenciado por un tribunal de Justicia? Núm. de Sentencias ____		
¿Ha sido evaluado anteriormente por nuestro programa u otra agencia, por un caso de la Ley de Vehículos y Transito de Puerto Rico? (Conducir en estado de embriaguez alcohólica). ____ Sí ____ No Si su contestación fue afirmativa, mencione en qué oficina 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 en que completó formulario: (día) ____ (mes) ____ (año) ____ Firma _____