



Nuevo Caso Criminal

Participante: ALEJANDRO SANTOS DE LA ROSA Programa: LEY 22 DE SAN JUAN

Situación Legal

Núm. Caso Criminal (*)	Fecha de Orden del Tribunal (*)	Fecha de Sentencia (*)	Por ciento de alcohol (*)
<input type="text" value="Ej. D2TR2030-0000"/>	<input type="text" value="12/31/2000"/>	<input type="text" value="12/31/2000"/>	<input type="text" value="Ej. 0.115"/>

☐ Combinar Caso Criminal

País	Tribunal (*)	Juez (*)	IUP	Expediente
<input style="border: none; border-bottom: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; text-align: right; font-size: 0.9em; color: #555;" type="text" value="PR"/> ▼	<input style="border: none; border-bottom: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; text-align: right; font-size: 0.9em; color: #555;" type="text" value="-Seleccione-"/> ▼	<input type="text" value="Ej. Alejandro Ortiz"/>	<input style="background-color: #f0f0f0; border: none; border-bottom: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; text-align: center; font-size: 0.9em; color: #555;" type="text" value="693171"/>	<input style="background-color: #f0f0f0; border: none; border-bottom: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; text-align: center; font-size: 0.9em; color: #555;" type="text" value="523415"/>

¿Es la primera vez que es intervenido en este tipo de caso?

-

▼

¿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)

-

▼

Datos de Identificación	Licencia (*)	Estado Civil (*)	Email	Lugar De Nacimiento
	<div>Ej. 999999999</div>	<div>-Seleccione-</div>	<div>Ej. participante@outlook.com</div>	<div>Ej. Hospital Veterano</div>
	Celular	Teléfono Hogar	Teléfono Trabajo	
	<div>Ej. 7875559999</div>	<div>Ej. 7875559999</div>	<div>Ej. 7875559999</div>	
Dirección Física	Dirección Linea 1 (*)	Dirección Linea 2	Pueblo (*)	Código Postal (*)
	<div>Ej. Urb. Los Paseos</div>	<div>Ej. Calle / Avenida</div>	<div>-Seleccione-</div>	<div>Ej. 00725</div>
Dirección Postal	<input type="checkbox"/> Direccón Postal igual que dirección física.			
	Dirección Linea 1 (*)	Dirección Linea 2	Pueblo (*)	Código Postal (*)
	<div>Ej. Urb. Los Paseos</div>	<div>Ej. Calle / Avenida</div>	<div>-Seleccione-</div>	<div>Ej. 00725</div>
Otros datos	Plan Médico (*)	¿Condición de salud? (*)	¿Tiene algún impedimento? (*)	Último grado completado (*)
	<div>-Seleccione-</div>	<div>No condición de salud</div>	<div>No impedimento</div>	<div>-Seleccione-</div>
	<input type="checkbox"/> Participante No Trabaja	Lugar de trabajo	Ocupación	Motivo de no empleabilidad
		<div>Ej. Assmca</div>	<div>Ej. Maestro</div>	<div>No Aplica</div>
Estructura Familiar	Composición familiar	Nombre de esposo(a) o pareja	Nombre de padre	Nombre de madre
	<div>Cantidad de Miembros</div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
	Nombre de contacto de emergencia	Teléfono de contacto		

Ej. Alejandro Ortiz

Ej. 7875559999

CREAR

VOLVER AL EXPEDIENTE