

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
 DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA  
 ADMINISTRACION DE FAMILIAS Y NIÑOS  
 CENTRO ESTATAL DE PROTECCION A MENORES  
 REGISTRO CENTRAL DE CASOS DE PROTECCION

**SOLICITUD DE BUSQUEDA DE ANTECEDENTES DE MALTRATO, MALTRATO INSTITUCIONAL,  
 NEGLIGENCIA Y NEGLIGENCIA INSTITUCIONAL**

**Parte I: Para ser Completada por la Agencia o el Individuo Solicitante**

-----

---

Nombre de la Agencia o Individuo Solicitante Apodo

-----

---

Dirección Postal

---

Dirección Residencial

---

Número de Teléfono Número de Fax Correo Electrónico

**Propósito de la Búsqueda:**

- Adopción  Adopción Privada  Comunidad
- Cuidado Sustituto  Patrono  Otros: Especifique: \_\_\_\_\_
- Licenciamiento  Servicios Interagenciales

**Parte II: Complete la Información sobre la Persona de Quien se Hace la Búsqueda de Antecedentes:**

**Datos de Identificación:**

---

Nombre Inicial Apellidos

---

Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año) Edad Género:  F  M

Número de Seguro Social: XXX-XX-\_\_\_\_\_ Estatus Civil: \_\_\_\_\_

**Dirección de los Últimos Cinco (5) Años:**

<b>Direcciones</b> (Comenzando con la más reciente. Identifique Barrio, Sector, Urbanización, Núm. Calle, Número de Apartamento)	<b>Desde</b> Día-Mes-Año	<b>Hasta</b> Día-Mes-Año
Dirección 1:		
Dirección 2:		
Dirección 3:		
Dirección 4:		
Dirección 5:		

Ocupación del Solicitante: \_\_\_\_\_ Lugar Actual de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Lugar Anterior de Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Ha trabajado en alguna institución de servicios a menores?  Si  No Especifique

Centro de Cuido       Hogar de Grupo       Centro de Tratamiento a Menores  
 Albergue       Campamento       Hogar de Crianza  
 Escuela Pública o Privada       Institución Juvenil       Centros Residenciales de Rehabilitación  
 (Adicción, Alcoholismo, Salud Mental y de Salud)

**Datos de Identificación de los Miembros del Núcleo Familiar Actual:** (Incluya nombres de: hijos/as propios/as, hijastros/as, hijos/as de crianza, aunque ya sean adultos/as y actualmente no vivan con usted)

Apellidos, Nombre (Adultos)	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo		Relación con el/la Solicitante
	Día	Mes	Año		M	F	

**Datos de Identificación de los Miembros del Núcleo Familiar Anterior** (si aplica): (Incluya nombres de: esposas/os anteriores, hijos/as propios/as, hijastros/as, hijos/as de crianza, aunque actualmente no vivan con usted)

Apellidos, Nombre (Adultos)	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo		Relación con el/la Solicitante
	Día	Mes	Año		M	F	

**Certificación y Consentimiento:<sup>1</sup>**

Certifico que la información contenida en este formulario, es correcta y autorizo al Centro Estatal, Registro Central de Casos de Protección a Menores, a realizar los procedimientos correspondientes, basados en mi información personal, para certificar el resultado de la búsqueda de antecedentes de Maltrato, Maltrato Institucional, Negligencia y Negligencia Institucional.

_____ Nombre	_____ Firma	_____ Día-Mes-Año
_____ Nombre de Testigo de Firma	_____ Firma	_____ Día-Mes-Año

Autorizo que el resultado de esta búsqueda sea notificado a la Agencia o Individuo Solicitante (Parte I de esta Forma).

-----  
\_\_\_\_\_  
Nombre

-----  
\_\_\_\_\_  
-----  
\_\_\_\_\_  
Dirección

_____ Nombre	_____ Firma	_____ Día-Mes- Año
-----------------	----------------	-----------------------

LA/CMC/ldj  
11/2010

<sup>1</sup> Se utilizará testigo de firma o marca cuando se refiere a persona que no sabe leer ni escribir, no vidente, audio/impedido u otro que requiera asistencia para hacer la solicitud.