

INFORMACIÓN DEL(LA) DEMANDADO(A) PROPORCIONADA POR EL(LA) DEMANDANTE cap. 209A o cap. 258E de las Leyes Generales				NÚM. DE EXPEDIENTE <i>(solo para uso del tribunal)</i>		Tribunal de Primera Instancia de Massachusetts 	
Se solicita información para ayudar a la policía a identificar y a encontrar al(la) demandado(a) para entregarle una copia de la Orden de protección que se emita. Sírvase proporcionar la mayor cantidad de información posible.							
NOMBRE DEL(LA) DEMANDADO(A)					FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)		
OTROS NOMBRES USADOS POR EL(LA) DEMANDADO(A), SI LOS TIENE					Lugar de nacimiento		
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (PRIMER Y APELLIDO)			NOMBRE DEL PADRE (PRIMER Y APELLIDO)			NÚM. DE SEGURIDAD SOCIAL	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEMEN.	RAZA	COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO	MIDE	PESA	¿HAY UNA FOTO DISPONIBLE? <i>(es muy útil para la identificación)</i> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
CONSTITUCIÓN FÍSICA		OTRAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS (barba, lentes, cicatrices, tatuajes, tez, estilo de cabello)					
DIRECCIÓN DEL HOGAR DEL(LA) DEMANDADO(A) (NÚM., CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)					NÚM. DE TELÉFONO DEL(LA) DEMANDADO(A)		
NÚM. DE APTO.	NÚM. DE PISO	NOMBRE EN LA PUERTA/BUZÓN DE CORREO		¿ENTIENDE INGLÉS EL(LA) DEMANDADO(A)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE NO ENTENDER INGLÉS, ¿QUÉ IDIOMA HABLA?			
SITIO DE TRABAJO/EMPLEO DEL(LA) DEMANDADO(A)					NÚM. DE TELÉFONO DE TRABAJO		
DIRECCIÓN DE TRABAJO (NÚM., CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)					CARGO		
DEPARTAMENTO					HORARIO DE TRABAJO		
OTROS SITIOS DONDE SE PODRÁ ENCONTRAR AL(LA) DEMANDADO(A) (amigos, bares, parientes, sitios que frecuenta)					MEJOR SITIO PARA ENCONTRAR AL(LA) DEMANDADO(A)		
PLACA/TABLILLA DEL VEHÍCULO	AÑO	MARCA	MODELO	COLOR	MEJOR HORA PARA ENCONTRAR AL(LA) DEMANDADO(A)		
¿TIENE EL(LA) DEMANDADO(A): <i>(describa brevemente)</i>							
Un historial de violencia hacia los funcionarios policiales?				<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ		
Un historial de uso/abuso de drogas o alcohol?				<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ ¿Qué tipo?		
Acceso a pistolas, licencia para portar armas o tiene una pistola?				<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ ¿Qué tipo?		
Problemas psiquiátricos/emocionales?				<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ ¿Qué tipo?		
PROPORCIONE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE PUEDA SER ÚTIL PARA ENCONTRAR AL(LA) DEMANDADO(A)							
FECHA DE LA FIRMA (mm/dd/aaaa)		NOMBRE DEL(LA) DEMANDANTE EN LETRA IMPRENTA			FIRMA DEL(LA) DEMANDANTE X		