Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
Oficina de Administración de los Tribunales
NEGOCIADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO DE JURADOS
PO. BOX 190917, San Juan, Puerto Rico 00919-0917, Tel. 787-641-6600 ext. 5760

Si usted recibió este cuestionario por correo, favor de incluir el número de jurado que aparece en la etiqueta en el espacio en blanco.

Usted ha sido seleccionado **candidato potencial** para servir como jurado.

La Ley Núm. 281 de 27 de septiembre de 2003, establece la obligación legal de servir como jurado a toda persona que reúna los requisitos dispuestos por Ley. La persona que incumpla con esta obligación, se negare a suministrar información, no devuelva el cuestionario que se acompaña, o provea información falsa incurrirá en delito menos grave, que conlleva multa no menor de $500.00, a discreción del Tribunal.

Llene inmediatamente el *Cuestionario* con la información correcta en letra de molde. *Remítalo en el sobre predirigido que acompañamos, dentro de los siete días del recibo*. Si existe alguna condición física o mental que le impida cumplir con la obligación de servir como jurado, deberá explicarla e incluir la *evidencia* que lo *justifique en el sobre, junto con el Cuestionario. El certificado impreso al dorso tiene que ser completado por su médico. Si no envía la evidencia permanecerá como candidato a Jurado*. No olvide certificar con su firma que la información que brinda es correcta. Este documento es confidencial y para uso exclusivo del Negociado. *De usted no contestar todas las preguntas, será cualificado como candidato a Jurado. Si reside fuera de Puerto Rico favor enviar evidencia acreditando su dirección actual.* **Gracias.**

CUESTIONARIO

1. Nombre: _____ _____ _____ Núm. de Seguro Social:_____-_____-_____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

2. Dirección postal: _____ _____ _____
Urbanización o Barrio Calle, Edificio o Ruta Apartamento o buzón

_____, PR, Código postal: _____ **3.** Teléfono:(____) _____-_____
Pueblo

4. Celular: (____) _____-_____ **5**. Correo electrónico _____

6. Dirección residencial: _____ _____ Núm. _____
Urbanización o Barrio Calle o Edificio

_____, Puerto Rico, Código postal: _____ **7.** ¿Desde cuándo vive en el pueblo? _____
Pueblo

Si es vecino de un área o sector rural, explique cómo llegar a su casa: ***(Indique el nombre del sector, número o nombre de la carretera, kilómetro, intersección, y puntos de referencia, etc.)***

_____

_____

_____

8. ¿En qué otro lugar o pueblo vivió antes? _____ ¿Cuándo?_____

9. Fecha de nacimiento: ____ de _____ de 19 _____ **10.** Edad: _____ años **11**. Sexo: F☐ M☐

12. Estado civil: Soltero(a)☐,Casado(a)☐, Divorciado(a)☐, Viudo(a)☐,Otro:☐_____

13. ¿Trabaja Actualmente? SÍ☐ NO☐, **14**. Ocupación: _____**15**. Ingreso neto mensual $_____

16. Si es Abogado(a), indique su número de colegiación _____

17. Nombre del Patrono:_____ **18.** Teléfono (____) ____-_____

19. Dirección del Patrono o lugar de trabajo: _____ _____ _____ _____
Urbanización o Barrio Calle Número Pueblo

20. Grado escolar: _____ **21.** ¿Sabe leer y escribir en español?: SI ☐ NO☐

22. Nombre del pariente más cercano que no vive con usted: _____ Teléfono (____) ____-_____

23. Dirección del pariente más cercano: _____ Pueblo: _____

VER AL DORSO

24. ¿Ha sido usted convicto de un delito grave o cualquier otro que implique depravación moral? SI ☐ NO ☐
Si contestó "SI", explique cuál delito _____ cuándo_____
y someter evidencia**.**

25 ¿Ha servido usted como jurado anteriormente? SI ☐ NO ☐ Si contestó "SI", en qué fecha _____

26. ¿Existe alguna condición física o mental o cualquier otra que le impida servir como Jurado? SI ❑ NO ❑
Si contestó "SI", explique en detalle las razones, someta con este documento la evidencia y/o solicite a su médico que complete el certificado médico**. Si no existe una condición física o mental que le impida servir como jurado no complete el certificado médico.**

_____

_____

_____

Certifico que la información que he suministrado al Tribunal es totalmente correcta, so pena de las sanciones aplicables:

_____ _____
Fecha **Firma**

CERTIFICADO MÉDICO
(Favor llenar en letra de molde)

Yo, _____, médico especializado en _____, con Licencia Núm. _____, **Certifico que conozco el caso del (de la) señor (a) _____ que es mi paciente y que el (la) mismo(a) padece la(s) siguiente(s) condición(es): (si utiliza códigos, favor incluir el diagnóstico)**

_____

_____

_____

<u>que lo incapacita</u> para servir como jurado, razón por la cual emito este certificado médico, con carácter confidencial, para que así conste, en el Tribunal General de Justicia.
Tengo conocimiento de que mi paciente tiene la obligación legal de servir como jurado, que la certificación que suscribo obedece a condición médica actual, de lo que Doy FE ante el Tribunal con las consecuencias legales aplicables. *Proveer información falsa constituye un delito menos grave y conlleva multa no menor de $500.*

En _____, Puerto Rico, a ____ de _____de 2____.

_____ _____
Nombre del Médico Firma del Médico

Teléfono Oficina Médico _____ Fax Oficina Médico _____

No escriba en este espacio, para uso exclusivo del NASJ o del Tribunal

Candidato a jurado**:** ❑ Elegible ❑ No elegible ❑ Excluido ❑ Exento
❑ Diferido hasta: _____ de _____ de 2____.

Razones para la determinación _____

_____

En _____, P.R. a _____ de _____ de 2_____.

_____ _____
Nombre del Funcionario(a) Autorizado(a) Firma del Funcionario(a) Autorizado(a)