

**DEPARTAMENTO POLICIAL DE ALBUQUERQUE  
FORMA DE DENUNCIA POLICIAL**

Official Use Only:

Date/Time Received: \_\_\_\_\_

Received By: \_\_\_\_\_

CPC#: \_\_\_\_\_

Assigned To: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

Esta forma debe ser llenada si desea iniciar una denuncia contra el Departamento o algún(os) empleado(s). De acuerdo al decreto de la Ciudad, denuncias escritas deben ser llenadas dentro de noventa (90) días después de el incidente para ser aceptadas. Si usted prefiere resolver el problema con el supervisor del empleado, puede contactarse directamente con el supervisor del empleado. Para recibir ayuda, puede llamar al Internal Affairs Section (Sección de Asuntos Internos) al (505) 768-2880 entre las 7:30 a.m. y las 5:30 p.m.

**SI DECIDE LLENAR UNA DENUNCIA:**

Por favor escriba los datos de la persona que está haciendo la denuncia al final de la página. Una vez que la forma está completa puede entregarla al Independent Review Office/Police Oversight Commission (Comisión de Vigilancia Policial/ Oficina de Revisión Independiente) a la dirección Plaza del Sol, 600 2<sup>nd</sup> NW- Tercer piso, Oficina 813, Albuquerque, New Mexico 87102 o puede enviarla por correo al PO Box 1293, Albuquerque, New Mexico 87103. Por favor informe a la Ofician de Revisión Independiente si cambia de dirección o número de teléfono antes de la resolución de su denuncia.

**INFORMACION DE EL DEMANDANTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(Primero) (Segundo) (Apellido)

DIRECCION: \_\_\_\_\_  
(Número y Nombre de la calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código de Area)

TELEFONO: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Día y Hora del Incidente: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Esta forma de denuncia junto con toda la información necesaria será enviada al Oficial de Revisión Independiente para una evaluación y una orden de investigación. Su denuncia puede ser investigada por la Oficina de Revisión Independiente o la Sección de Asuntos Internos de el APD. La Oficina de Revisión Independiente también revisará la investigación completa y presentará lo concluído al Jefe de la Policía. Usted será notificado de lo concluído por correo certificado a la dirección escrita arriba (regularmente dentro de 60 días después de que se ha llenado la denuncia.)





(continuación de la declaración)

**TESTIGOS:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número deTeléfono: \_\_\_\_\_

(Si hay más testigos por favor escriba sus datos en una hoja aparte)

**FIN DE LA DECLARACION**

La información dada en esta declaración es verdadera. Entiendo que mi presencia puede ser requerida en la Oficina de Revisión Independiente o en la Oficina de Asuntos Internos para contestar preguntas si se necesita más información.

\_\_\_\_\_  
Firma de el Demandante

**DEPARTAMENTO POLICIAL DE ALBUQUERQUE**

**AUTORIZACION DE ENTREGA DE DATOS MEDICOS**

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de el Establecimiento Médico)

Yo, \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_, número de seguro  
social \_\_\_\_\_, autorizo a la facilidad médica de entregar al porteador de este  
documento mis datos de tratamiento y/o diagnóstico médico de la fecha \_\_\_\_\_

Por la presente renuncio a mis derechos de privacidad que se mantienen normalment e  
entre doctor y paciente. Con esta entrega de datos médicos el establecimiento médico y/o  
el doctor no son responsables de su uso después de la entrega.

\_\_\_\_\_  
(Firma de el paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona que recibe el documento)

\_\_\_\_\_  
(Fecha que se Recibe)

**CENTRO DE DETENCION JUVENIL DE EL DISTRITO DE ALBUQUERQUE**

**ENTREGA DE INFORMACION**

Yo, (Padre, madre/ Guardián Legal) \_\_\_\_\_, autorizo en nombre de mi hijo(a), \_\_\_\_\_, nacido(a) el \_\_\_\_\_ a el Centro de Detención Juvenil De el Distrito de Albuquerque a entregar la siguiente información acerca de mi hijo(a) a (Agencia /Individuo)\_\_\_\_\_.

- ( ) Datos Médicos
  - ( ) \_\_\_\_\_
- Otro

Con esta entrega de información personal, el Distrito de Bernalillo, sus oficiales, empleados, agentes, contratistas y demás asociados con el Centro de Detención Juvenil de el Distrito de Bernalillo no son responsables de su uso después de su entrega.

La información solicitada cubre los siguientes periodos:

\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Fecha)

\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(Padre,madre/guardián legal) (Fecha)

\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(Padre,madre/guardián legal) (Fecha)

\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(Director/Asistente de Director) (Fecha)

