

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
 TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA  
**Tribunal de Primera Instancia**  
 Sala  Superior  Municipal de \_\_\_\_\_

Parte Peticionaria (usted) v.
Parte Peticionada (contra quien solicita)

Caso Número: \_\_\_\_\_

Sobre: Ley Núm. 284-1999, Ley Contra el Acecho en Puerto Rico, según enmendada por la Ley Núm. 44-2016

**PETICIÓN DE ORDEN DE PROTECCIÓN  
 AL AMPARO DE LA LEY CONTRA EL ACECHO EN PUERTO RICO**

Ante este Honorable Tribunal:

- Comparece la parte peticionaria por derecho propio;
- comparece la parte peticionaria con su representante legal;
- comparece el (la) representante de la parte peticionaria según dispuesto por ley (indique nombre y apellidos): \_\_\_\_\_ ;
- comparece la parte peticionaria por conducto de su representante legal;
- comparece la parte peticionaria menor de edad representada por su madre, padre o tutor legal.

**I. INFORMACIÓN SOBRE LAS PARTES**

1. Mi información personal es la siguiente:

INFORMACIÓN DE LA PARTE PETICIONARIA (usted)
Nombre y Apellidos: _____ Sexo: _____

2. La información personal de la parte contra quien solicita es la siguiente:

INFORMACIÓN DE LA PARTE PETICIONADA (contra quien solicita)	
Nombre y Apellidos: _____ Apodo: _____ Nacionalidad: _____ País de Origen: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Ocupación: _____ Uso de: Alcohol: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconozco Drogas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconozco	Impedimentos Físicos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ (Indique cuál o cuáles) _____ Núm. de Licencia de Conducir: _____ Vehículo: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Color: _____ Núm. de Tablilla: _____ Posee armas de fuego: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconozco Posee licencia de portación de arma de fuego: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconozco Posee otro tipo de arma: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconozco ¿Qué tipo?: _____

**RASGOS O CARACTERÍSTICAS POR LAS CUALES SE PUEDE IDENTIFICAR A LA PARTE PETICIONADA (contra quien solicita)**

Estatura: _____ _____ Pies _____ Pulgadas	Cicatrices Visibles: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En: _____ (Indique lugar(es) del cuerpo)
Peso: _____ Libras	Tatuajes Visibles: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En: _____ (Indique lugar(es) del cuerpo)
Color de Pelo: _____	Lunares Visibles: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En: _____ (Indique lugar(es) del cuerpo)
Color de Ojos: _____	
Color de Piel: _____	Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana
Otros Rasgos: _____	<input type="checkbox"/> Asiática
	<input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> Otras: _____

**DIRECCIÓN DE LA PARTE PETICIONADA (contra quien solicita)**

Dirección Física	Dirección Física del Empleo
Urb./Barrio/Cond.: _____	Nombre del Patrono: _____
_____	Nombre del (de la) Supervisor(a) _____
Núm./Calle/Apt.: _____	Urb./Barrio/Cond.: _____
_____	Núm./Calle/Apt.: _____
Pueblo: _____	Pueblo: _____
País o Estado: _____	País o Estado: _____
Código Postal: _____	Código Postal: _____
Puntos de Referencia: _____	Puntos de Referencia: _____
_____	_____
Teléfono Celular: _____ - -	Teléfono: _____ - -
Teléfono Residencial: _____ - -	

**Dirección Postal**  
 Marque este encasillado si es igual a la Dirección Física

Urb./Cond./Edif./PO Box/HC Box/ RR Box: \_\_\_\_\_

Núm./Calle/Apt.: \_\_\_\_\_ Pueblo: \_\_\_\_\_

País o Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**II. ALEGACIONES**

1. Que he sido víctima de acecho por la parte peticionada consistente en que: intencionalmente, o a sabiendas de que razonablemente podría sentirme intimidado(a) ha manifestado un patrón de conducta consistente en amenazas, persecución u hostigamiento, comunicaciones verbales o escritas no deseadas o actos de vandalismo para atemorizarme, que podría causarme daños, podría causar daño a mis bienes o podría causar daño a un miembro de mi familia o a sus bienes.
2. El acecho que he sufrido ocurrió en o durante las fechas siguientes:
 

Lugar: _____	Fecha: _____
Lugar: _____	Fecha: _____
Lugar: _____	Fecha: _____
Lugar: _____	Fecha: _____

3. Los incidentes de acecho consistieron en: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Al presente  está  no está pendiente acción judicial alguna entre las partes en la Sala de \_\_\_\_\_ del Tribunal de Primera Instancia, Caso Núm. \_\_\_\_\_.

**III. REMEDIOS SOLICITADOS**

Por todo lo cual, solicito que este Tribunal me conceda los remedios siguientes:

- Ordene a la parte peticionada abstenerse de molestar, acosar, perseguir, intimidar o amenazar, así como a cualquier miembro de mi familia.
- Ordene a la parte peticionada abstenerse de penetrar o acercarse a:
  - Mi hogar y sus alrededores.
  - Mi lugar de empleo y sus alrededores.
  - El hogar de mis familiares y sus alrededores.
  - Mi negocio y sus alrededores.
  - La escuela donde estudio y sus alrededores.
  - El lugar de cuidado, la escuela donde asisten mis hijos(as) o cualquier menor bajo mi custodia, y sus alrededores.
- Abstenerse de realizar llamadas telefónicas y de enviar mensajes de texto, o de voz a mis números telefónicos, de mi lugar de trabajo, de mis familiares y de mis amigos(as).
- Abstenerse de enviarme correos electrónicos, cartas o facsímiles.
- Abstenerse de tener contacto o interferir conmigo, mediante redes sociales.
- Abstenerse de causarle daños a mis bienes.
- Abstenerse de acercarse a mis mascotas.
- Desalojar inmediatamente la residencia que compartimos, recoger sus pertenencias lo antes posible y le prohíba regresar a esta.
- Entregar a la Policía de Puerto Rico cualquier arma de fuego que le pertenezca o tenga bajo su control.
- De concederse la Orden de Protección, ¿desearía usted solicitar una Orden de Cambio de Número Telefónico y Transferencia de Responsabilidad y Control?:  
 Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caso Número: \_\_\_\_\_

En cuanto a DAÑOS, que ordene a la parte peticionada pagarme una indemnización razonable por los daños que he sufrido como consecuencia del acecho, sin perjuicio de otras acciones civiles a las que tenga derecho. Dichas pérdidas y daños consisten en:

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Gastos de mudanza		\$
Gastos de alojamiento (albergue u otros)		
Gastos por reparaciones en la propiedad		
Gastos legales		
Gastos médicos, psiquiátricos, psicológicos de consejería u orientación		
Otros:		
	Total	\$

En mérito a lo anterior, solicito respetuosamente se concedan los remedios solicitados y cualquier otra medida provisional que el Tribunal considere pertinente.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.

Nombre y Apellidos de la Parte Peticionaria (usted)  
o su Representante

Firma de la Parte Peticionaria (usted)  
o su Representante

Nota: Este formulario de petición de orden de protección deberá ser presentado junto al formulario OAT 1245 *Hoja de Datos Personales (Confidencial)*.