



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA**  
 TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA  
 SALA SUPERIOR \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PERSONAL DEL (DE LA) ASPIRANTE A TUTOR(A)  
 CUENTAS DE TUTELA**

<b>I. Datos Personales:</b> Complete cada uno de los encasillados siguientes en relación con el (la) solicitante:			
<b>A. Nombre completo:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>_____</span> <span>_____</span> <span>_____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; font-size: small;"> <span><i>Apellido paterno</i></span> <span><i>Apellido materno</i></span> <span><i>Nombre</i></span> </div>		<b>B. Teléfono:</b>  (____) _____	<b>C. Celular:</b>  (____) _____
<b>D. Dirección Residencial y/o Física:</b>  _____		<b>E. Correo electrónico:</b>  _____	
<b>G. Dirección Postal:</b>  _____		<b>F. Núm. Licencia Conducir:</b> _____	
		<b>H. Fecha y lugar de nacimiento:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; font-size: small;"> <span>_____ (día/mes/año)</span> <span>_____ (Lugar)</span> </div>	
<b>I. Número de Pasaporte o Identificación de visado:</b> _____			
<b>J. País de expedición:</b> _____		<b>Fecha de vencimiento:</b> _____ (día/mes/año)	
<b>K. Estado civil actual:</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a): _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">Nombre del (de la) Cónyuge</div>			
<b>II. Información personal del (de la) menor o incapaz:</b> Complete la información siguiente en relación con el (la) persona a ser tutelado(a), si aplica			
<b>A. Nombre</b> ( <i>Apellido paterno, Apellido materno, Nombre</i> )		<b>B. Fecha de Nacimiento</b> ( <i>día/mes/año</i> )	<b>C. Edad</b>
<b>D. Género:</b> M ó F			
<b>E. Núm. Seguro Social</b>	<b>F. Núm. Electoral</b>	<b>G. Núm. Licencia Conducir</b>	<b>H. Núm. Del Caso</b>
<b>I. Nombre del padre</b>		<b>J. Nombre de la madre</b>	<b>K. Causa de la incapacidad</b>
<b>L. Dirección Residencial o Nombre y Dirección de la Institución o casa de salud donde reside:</b>		<b>M. Teléfono Residencial:</b>  (____) _____	<b>N. Teléfono de la Institución o Casa de Salud donde reside:</b> (si aplica) (____)
<b>O. Nombre completo del (de la) Encargado(a) de la Institución o Casa de Salud (si aplica).</b>		<b>P. Nombre del (de la) profesional de la salud que atiende al (a la) menor o incapaz</b>	
<b>III. Información sobre el núcleo familiar con el que residirá el (la) menor o incapaz</b>			
<b>A. Nombre</b> ( <i>Apellido paterno, Apellido materno, Nombre</i> )		<b>B. Edad</b>	<b>C. Relación con el(la) menor o incapaz o tutor(a)</b>
<b>IV. Información de un familiar del (de la) menor o incapaz que no resida con él o ella, y que no sea el (la) Tutor(a).</b>			
<b>A. Nombre</b> ( <i>Apellido paterno, Apellido materno, Nombre</i> )		<b>B. Dirección Postal y/o Residencial</b>	
<b>C. Núm. del Teléfono de la Residencia</b>  (____)	<b>D. Núm. Teléfono del Trabajo</b>  (____)	<b>E. Núm. del Teléfono Celular</b>  (____)	<b>F. Dirección electrónica</b>