



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**

I. Datos Personales: Complete cada uno de los encasillados siguientes en relación con el (la) solicitante:			
A. Nombre completo: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; font-size: small;"> <i>Apellido paterno</i> <i>Apellido materno</i> <i>Nombre</i> </div>		B. Teléfono: (____) _____	C. Celular: (____) _____
D. Dirección Residencial y/o Física: _____		E. Correo electrónico: _____	
G. Dirección Postal: _____		F. Núm. Licencia Conducir: _____	
		H. Fecha y lugar de nacimiento: _____ <small>(día/mes/año) (Lugar)</small>	
I. Número de Pasaporte o Identificación de visado: _____			
J. País de expedición: _____		Fecha de vencimiento: _____ <small>(día/mes/año)</small>	
K. Estado civil actual: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a): _____ <small style="margin-left: 400px;">Nombre del (de la) Cónyuge</small>			
II. Información personal del (de la) menor o incapaz: Complete la información siguiente en relación con el (la) persona a ser tutelado(a), si aplica			
A. Nombre (<i>Apellido paterno, Apellido materno, Nombre</i>)		B. Fecha de Nacimiento <small>(día/mes/año)</small>	C. Edad
			D. Género: M ó F
E. Núm. Seguro Social	F. Núm. Electoral	G. Núm. Licencia Conducir	H. Núm. Del Caso
I. Nombre del padre		J. Nombre de la madre	K. Causa de la incapacidad
L. Dirección Residencial o Nombre y Dirección de la Institución o casa de salud donde reside:		M. Teléfono Residencial: (____) _____	N. Teléfono de la Institución o Casa de Salud donde reside: <small>(si aplica)</small> (____)
O. Nombre completo del (de la) Encargado(a) de la Institución o Casa de Salud (si aplica).		P. Nombre del (de la) profesional de la salud que atiende al (a la) menor o incapaz	
III. Información sobre el núcleo familiar con el que residirá el (la) menor o incapaz			
A. Nombre (<i>Apellido paterno, Apellido materno, Nombre</i>)		B. Edad	C. Relación con el(la) menor o incapaz o tutor(a)
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).			
A. Nombre (<i>Apellido paterno, Apellido materno, Nombre</i>)		B. Dirección Postal y/o Residencial	
C. Núm. del Teléfono de la Residencia (____)	D. Núm. Teléfono del Trabajo (____)	E. Núm. del Teléfono Celular (____)	F. Dirección electrónica