

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA  
Oficina de Administración de los Tribunales

**CUESTIONARIO DE CANDIDATOS(AS) A JURADO**

(Este documento es confidencial)



Jurado número: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES Y LUGAR DE RESIDENCIA**

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
PRIMER APELLIDO                      SEGUNDO APELLIDO                      PRIMER NOMBRE                      SEGUNDO NOMBRE
2. Dirección residencial: \_\_\_\_\_  
URBANIZACIÓN O BARRIO
- \_\_\_\_\_  
CALLE, EDIFICIO O RUTA                      APARTAMENTO / BUZÓN                      PUEBLO                      ESTADO / PAÍS                      CÓDIGO POSTAL
- Marque el encasillado si su dirección postal es igual a la residencial.
3. Dirección postal: \_\_\_\_\_  
URBANIZACIÓN O BARRIO
- \_\_\_\_\_  
CALLE, EDIFICIO O RUTA                      APARTAMENTO / BUZÓN                      PUEBLO                      ESTADO / PAÍS                      CÓDIGO POSTAL
4. Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
6. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
7. Núm. de Seguro Social<sup>1</sup>: XXX-XX \_\_\_\_\_ 8. ¿Desde cuándo vive en el pueblo? \_\_\_\_\_
9. Si usted es vecino(a) 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.) Si reside en un lugar de acceso controlado, indique su número de control de acceso.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
10. ¿En qué otro  pueblo  estado  país vivió antes? \_\_\_\_\_
11. ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ 12. Si reside fuera de Puerto Rico indique desde cuándo: \_\_\_\_\_

**DATOS DEMOGRÁFICOS E INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO**

13. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 14. Edad: \_\_\_\_\_ años
15. Sexo: \_\_\_\_\_ 16. Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)
17. Máximo grado escolar alcanzado: \_\_\_\_\_ 18. ¿Trabaja actualmente?  
 Sí  No 19. Ocupación: \_\_\_\_\_
20. Si es abogado(a), indique su número del Tribunal Supremo (RUA): \_\_\_\_\_
21. Nombre del patrono: \_\_\_\_\_
22. Dirección del patrono: \_\_\_\_\_  
URBANIZACIÓN O BARRIO                      NÚMERO                      CALLE                      PUEBLO / ESTADO / PAÍS
23. Teléfono del patrono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 24. Fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

25. Nombre de (de la) pariente más cercano(a): \_\_\_\_\_
26. Dirección del (de la) pariente más cercano(a): \_\_\_\_\_  
URBANIZACIÓN O BARRIO
- \_\_\_\_\_  
NÚMERO                      CALLE                      PUEBLO / ESTADO / PAÍS
27. Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
28. ¿Ha sido usted convicto(a) por un delito grave o cualquier otro que implique depravación moral?  
Sí  No  Si contestó sí, indique la fecha y los delitos: \_\_\_\_\_
29. ¿Ha servido usted como jurado estatal anteriormente? Sí  No  \_\_\_\_\_  
Incluya la fecha en formato d/m/a
30. ¿Sabe usted leer y escribir español?\* Sí  No  \* Si contestó no, deberá someter una declaración jurada.
31. De acuerdo al Artículo 5, inciso E de la Ley Núm. 281-2003, según enmendada, indique si existe alguna condición física, mental u otra situación que le impida servir como jurado. Sí  No   
Si contestó Sí, detalle las razones y complete la Certificación Médica adjunta.

32. ¿Otra persona contestó el cuestionario? Sí  No  \* Si marcó sí, conteste las preguntas 33 y 34.

33. Nombre de la persona que completó el cuestionario: \_\_\_\_\_

34. Relación con el (la) candidato(a) a jurado: \_\_\_\_\_

CERTIFICO que la información suministrada es veraz y correcta. Estoy consciente de que me expongo a sanciones, acciones legales y otras consecuencias en caso de someter información falsa al Negociado o al Tribunal General de Justicia de acuerdo con el Artículo 12 de la Ley Núm. 281-2003, según enmendada.

Nombre completo del (de la) candidato(a) a jurado \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha (d/m/a) \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN MÉDICA**  
(Favor de completar este documento en letra de molde)

Yo, \_\_\_\_\_ Número de licencia \_\_\_\_\_  
 Profesional de la salud especializado(a) en \_\_\_\_\_  
 CERTIFICO que conozco al (a la) señor(a) \_\_\_\_\_  
 quien es mi paciente desde \_\_\_\_\_ hasta el presente y padece de las siguientes condiciones  
Indique la fecha (d/m/a)  
 que lo (la) incapacitan para servir como jurado: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DOY FE que las condiciones arriba descritas corresponden a una situación de salud actual, de carácter  
 temporero  permanente.

Para que conste hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Firma del (de la) profesional de la salud

Dirección de la oficina médica: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Para Uso Exclusivo del Negociado para la Administración del Servicio de Jurado**

Luego de examinada esta solicitud determinamos que el (la) candidato(a) a jurado es:

Elegible  No elegible  Excluido(a)  Diferido(a) hasta: \_\_\_\_\_

Incluya la fecha en formato d/m/a

Razones para la determinación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del (de la) funcionario(a) o empleado(a) \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha (d/m/a) \_\_\_\_\_

La Ley para la Administración del Servicio de Jurado de Puerto Rico  
le provee los siguientes derechos al ser seleccionado(a):

- Seguridad y retención en el empleo
- Pago de salario por su patrono mientras esté activo(a)
- Pago de dieta por cada día de servicio
- Pago o reembolso por gastos de transportación o alojamiento

Recuerde enviar el formulario completado en el sobre predirigido  
dentro de los catorce (14) días luego del recibo

Para mayor información o detalles comuníquese con nosotros al: 787-641-6600 Ext. 5760, 5761 y 5752  
hasta 5758 o mediante [www.ramajudicial.pr](http://www.ramajudicial.pr)

<sup>1</sup> La Ley Núm. 243-2006, Ley de la Política Pública sobre el Uso del Número de Seguro Social como Verificación de Identidad, faculta al Tribunal General de Justicia a solicitar el número de seguro social en sus formularios, modelos y otros documentos oficiales con el propósito de verificación de identidad, hacer contrarreferencia con la información disponible y uniformar los procedimientos de intercambio de datos. Proveer este número será una acción voluntaria. Esta información no se utilizará como número de caso, querrela o empleado(a), ni en el epígrafe de documentos que genere la Rama Judicial. Medidas preventivas están establecidas para asegurar su confidencialidad.