

Nombre/N.º de Id. del cliente: _____ Fecha: ____/____/____

[Agregue el logotipo de la agencia]

Formulario de información del agresor

Información básica

Nombre:		Fecha de nacimiento: / /	
Identidad de género:	Edad:	Teléfono: () -	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
¿Tiene empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del empleador:			

Descripción del agresor

Estatura:	Peso:	Color de ojos:	Color de cabello:
Raza/grupo étnico: <input type="checkbox"/> Blanco, no hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otros: _____			
Largo y tipo de cabello (incluir detalles sobre vello facial): _____			
Tatuajes/Cicatrices/Marcas especiales:			
Información del vehículo (Marca/Modelo/Año/Color):			
Factores de riesgo: <input type="checkbox"/> Conoce la ubicación del cliente <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes penales <input type="checkbox"/> Es funcionario de gobierno <input type="checkbox"/> Es miembro de una pandilla <input type="checkbox"/> Ha hecho amenazas <input type="checkbox"/> Tiene cargos/órdenes de arresto pendientes <input type="checkbox"/> Ha cometido actos violentos <input type="checkbox"/> Ha cometido estrangulación <input type="checkbox"/> Tiene acceso a armas, _____ <input type="checkbox"/> Es militar <input type="checkbox"/> Es miembro de las fuerzas del orden _____			
¿Su trabajo implica algún problema de seguridad?			
Otra información importante:			

