



Ciudad de Cambridge
JUNTA DE ASESORAMIENTO Y
REVISIÓN DE LA POLICÍA

51 Inman Street
 Cambridge, MA 02139
 Tel: 617.349-6155 • Fax: 617.349.6221
 TDD/TTY 617.349.6112
 Email: bcorr@cambridgema.gov
FORMULARIO DE DENUNCIA

Case No	_____
Staff	_____
Open Date	_____
Close Date	_____

(COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA)

DENUNCIANTE (su nombre)

Nombre _____
 Calle _____
 Ciudad, estado y código postal _____
 Teléfono _____
 Fax _____
 Correo electrónico _____

INCIDENTE

Lugar _____
 Día y hora _____

	Sí	No
¿Se empleó la fuerza?	___	___
¿Se usó un lenguaje agresivo?	___	___
¿Se hicieron referencias raciales?	___	___

BÚSQUEDA

¿Usted?	___	___
¿Vehículo?	___	___
¿Casa?	___	___
¿Persona?	___	___
¿Otro?	___	___

(En caso afirmativo, explicar).

ACUSADO (funcionarios involucrados)

1. Funcionario/rango/núm. de insignia _____

 2. Funcionario/rango/núm. de insignia _____

 3. Funcionario/rango/núm. de insignia _____

LESIÓN

	Sí	No
¿Se lesionó?	___	___

Describe su lesión _____

¿Recibió atención médica? _____
 ¿Por quién? _____
 ¿Dónde? _____

TESTIGOS

Nombre _____
 Calle _____
 Ciudad, estado y código postal _____
 Teléfono _____

Nombre _____
 Calle _____
 Ciudad, estado y código postal _____
 Teléfono _____

For Office Use Only	
Release Authorization Yes	___ No ___
Complaint Type	_____
Agency Referral	___ Walk in ___ by mail ___ Phone ___ Email ___ Web ___

