



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE CORRECCION Y REHABILITACION



Anejo C

NOTIFICACION INICIAL DE INCIDENTE PREA
(PRISON RAPE ELIMINATION ACT)

Nombre de quien reporta: _____

Anónimo: _____ (MARQUE CON UNA X SI ES DE FORMA ANONIMA) Institución: _____

Fecha y hora de incidente: _____ Lugar del incidente: _____

Nombre/s de las víctimas/s	Número de MPC	Ubicación
Nombre/s de los/as agresores/as	Número de MPC o Funcionario y puesto	Indique si es Funcionario o MPC
		() MPC () FUNCIONARIO
		() MPC () FUNCIONARIO
		() MPC () FUNCIONARIO
		() MPC () FUNCIONARIO
Nombre/s de los testigo/s	Número de MPC o Funcionario y puesto	Indique si es Funcionario o MPC
		() MPC () FUNCIONARIO
		() MPC () FUNCIONARIO
		() MPC () FUNCIONARIO
		() MPC () FUNCIONARIO

*Funcionario- Empleado, Contratista y Voluntario. *MPC- Miembro de la población correccional

Tipos de violencia sexual:

- Abuso sexual
- Acoso sexual
- Comportamiento sexual inadecuado por funcionario
- Acto sexual no consentido
- Represalia

Describa brevemente (Incluya referidos al área médica, salud mental u otros):

Nombre de funcionario y puesto: _____ Firma: _____

Fecha y hora de entrega: _____ Recibido por: _____