



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE CORRECCIÓN Y REHABILITACIÓN

DCR-PREA-005

“(01-16)”

Anejo C

NOTIFICACIÓN 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 víctima/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 | ☐ Acto sexual no consentido |
| ☐ Acoso sexual | ☐ Represalia |
| ☐ Comportamiento sexual inadecuado por funcionario | |

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

Nombre de funcionario y puesto: _____ Firma: _____

Fecha y hora de entrega: _____ Recibido por: _____