



# AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES E HISTORIAL DELICTIVO

**RENOVACION**

FAVOR DE COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE

 SI  NO**SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD**

1A ENTIDAD QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN

1B. TELÉFONO ENTIDAD

**SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE QUE SE HARÁ LA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES Y LAS HUELLAS DACTILARES**

2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE EE.UU

3. FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AÑO)

4. GÉNERO F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

5. ESTATURA \_\_\_\_\_' \_\_\_\_\_" PESO \_\_\_\_\_ LBS

6. NOMBRE SEGÚN SU LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN CON FOTO VALIDA.

NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

ESCRIBA LOS DEMAS NOMBRES, SEGUNDOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. ESCRIBA N/A SI NO TIENE

NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE APELLIDO PATERNO : APELLIDO MATERNO

7. CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ PAÍS DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

RESIDENTE PERMANENTE LEGAL NO. ID \_\_\_\_\_

EXTRANJERO AUTORIZADO A TRABAJAR NO. ID \_\_\_\_\_

8. COLOR DE OJOS

 MARRON  GRIS  BK ASIATICO  MULTICOLOR MAROON  AZUL  HAZEL  ROSA  VERDE**9. IDENTIFICACIÓN**
 LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_ EXP. / /  
 PASAPORTE # \_\_\_\_\_ EXP. / /  
 REAL ID # \_\_\_\_\_ EXP. / /

AGENCIA QUE LA OTORGA (DTOP O PAIS)

**10. RAZA**
 CAUCASICO (PUERTO RICO, CUBA, MEJICO, AMERICA CENTRAL, SUR AMERICA)  
 ASIATICO  
 NEGRO O AFROAMERICANO  
 INDIO AMERICANO O ALASKA NATIVO
**11. COLOR PELO**
 CALVO  ROJO  ARENA  
 CASTAÑO  RUBIO  BLANCO  AZUL  
 NEGRO  ANARANJADO  VERDE  FRESA  
 MARRON  GRIS O PARCIAL  ROSA  VIOLETA

12. NÚMERO DE TELÉFONO ( )

13. CORREO ELÉCTRONICO

14. DIRECCIÓN FÍSICA ACTUAL TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN - DESDE MES AÑO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

15. DIRECCIÓN POSTAL A LA QUE PODAMOS ENVIARLE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SER DIFERENTE A LA FÍSICA

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

16. ¿HA VIVIDO EN ALGUNA OTRA DIRECCION EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ?

 SÍ  NO

DÓNDE?

1. DIRECCIÓN ANTERIOR TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN DESDE MES AÑO

HASTA MES AÑO CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

2. DIRECCIÓN ANTERIOR TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN DESDE MES AÑO

HASTA MES AÑO CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

**17. DEBE RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. ADJUNTE UNA HOJA DE PAPEL ADICIONAL SI NECESITA AÑADIR MÁS DELITOS O ACUSACIONES**17 A. ¿Ha sido condenado de algún cargo o crimen?  SÍ  NO En caso afirmativo, completé los siguientes espacios:

Disposición Final: País: Fecha del delito: / / En que Tribunal

17 B. ¿Tiene acusaciones (pendientes) en su contra por algún delito?  SÍ  NO En caso afirmativo, llene los siguientes espacios

1. Disposición Final: País: Fecha del delito: / / En que Tribunal

17 C. ¿Ha sido procesado y encontrado No culpable ?  SÍ  NO Fecha del delito: / / En que Tribunal17 D. ¿Ha sido procesado y encontrado Culpable ?  SÍ  NO Fecha del delito: / / En que Tribunal17 E. ¿Un tribunal o agencia ha emitido una orden o notificación que establezca que abuso sexualmente, maltrató físicamente, descuido, abandono o exploto a un niño, discapacitado o adulto vulnerable?  SÍ  NO17 F. ¿Alguna agencia gubernamental le ha negado, cancelado o revocado un contrato por negligencia a niños, adultos mayores o discapacitados?  SÍ  NO17 G. ¿Alguna agencia gubernamental le ha negado, cancelado o revocado una licencia por negligencia a niños, adultos mayores o discapacitados?  SÍ  NO17 H. ¿Ha renunciado a contrato o licencia por una agencia de gobierno intervenir en su contra por negligencia con niños, adultos mayores o discapacitados?  SÍ  NO17 I. ¿Algún tribunal emitió alguna vez órdenes en contra de usted por maltrato, abuso sexual, descuido, abandono, violencia doméstica, explotación o explotación financiera de un adulto vulnerable, discapacitado o niño?.....  SÍ  NO• Ha tenido orden de protección/orden de restricción permanente\* para adultos vulnerables, ya sea activa o vencida.....  SÍ  NO• Ha tenido orden de protección por agresión sexual .....  SÍ  NO• Ha tenido orden de protección civil anti acoso permanente\*, sea activa o vencida. Lea "permanente" en instrucciones.  SÍ  NO18. TRABAJA ACTUALMENTE  SÍ  NO VOLUNTARIO  BUSCO TRABAJO  ESTUDIANTE/PRACTICANTE  SÍ  NO OFERTA DE EMPLEO  SÍ  NO

Nombre del Patrono actual o con oferta de empleo o práctica Fecha de comienzo / / Posición

**19. ACEPTO QUE SOY LA PERSONA DESCRITA EN ESTE DOCUMENTO, Y:**

• Comprendo que si no digo toda la verdad en este documento puedo ser acusado de perjurio, podría incumplir con la Lev Núm. 300 del 2 de septiembre de 1999 según enmendada por la Ley Núm. 224 del 17 de diciembre de 2015 y podría no estar autorizado para ofrecer servicios y/o trabajar con adultos vulnerables, menores o niños. Comprendo y acepto que mi firma en la casilla número 20 y mis iniciales significa que:

• Autorizo al Departamento de Salud de PR a verificar mis antecedentes con cualquier entidad gubernamental y agencia de ley y orden.

• El resultado de mi verificación de antecedentes puede incluir información divulgada previamente por mí mismo y resultados de huellas dactilares que están en el sistema de Verificación de Antecedentes del DSPR y que esta información será reportada según lo permitido por las leyes federales y/o estatales.

• Si se identifica un hallazgo final, el DSPR podrá reportar mi nombre y que se identificó un hallazgo en el resultado de la verificación de credenciales.

• Autorizo al Departamento de Salud de PR a entregar el resultado de mi verificación de antecedentes a las personas o entidades mencionadas en la Sección 1.

• Autorizo al Departamento de Salud de PR incluir mi FOTOGRAFIA como parte de la certificación de mi verificación de credenciales e historial delictivo

• Con la firma de este formulario estoy aceptando la información y los requerimientos aquí descritos y aquellos necesarios para el proceso de la certificación con mis huellas dactilares.

**Este formulario deberá estar firmado e iniciado para poder proceder con la toma de huellas dactilares el día de la cita. Se le apercibe que de no estar de acuerdo**

**NO se llevará a cabo el proceso.**

20. REQUERIDO: SU FIRMA.

Acepto incluir FOTOGRAFIA en la certificación (iniciales)

FECHA DE HOY DÍA/MES/AÑO

21. Solicito y autorizo que mi huella sea registrada en el servicio de RAP BACK (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI

REQUERIDO: SU FIRMA.

FECHA DE HOY DÍA/MES/AÑO

Acepto haber recibido instrucciones para obtener la certificación, la información de derechos de privacidad, declaración de derechos de Ley, proceso de apelación. Iniciales \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES E HISTORIAL DELICTIVO - LEY 300

Estas instrucciones le proporcionan indicaciones generales para llenar el formulario de autorización de verificación de credenciales e historial delictivo. El Programa de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo de Puerto Rico (por sus siglas en inglés PRBCP) no puede realizar la verificación de credenciales e historial delictivo a menos que se completen todos los encasillados requeridos.

### IMPORTANTE: Indique si en una **RENOVACION** Completando el primer encasillado de la derecha.

Si usted no proporciona toda la información requerida, su verificación de antecedentes se retrasará.

**ATENCIÓN ENTIDADES Y PERSONA:** Entregue este formulario de autorización sólo una vez. Múltiples entregas del mismo formulario de autorización ocasionan demoras en el procesamiento de las verificaciones de antecedentes.

### SECCIÓN 1: ENTIDAD O PATRONO QUE LE SOLICITA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Esta sección corresponde al nombre del patrono, entidad de gobierno o privada, autoridades contratantes y/ o nombre del proveedor por servicios profesionales

Casilla núm. Instrucciones

- 1A Escriba el nombre de la entidad, patrono o nombre de la persona (si es contratista independiente) que solicita la verificación de antecedentes.  
1B Escriba el teléfono que corresponda a la entidad, patrono o persona que solicita la Ley 300

### SECCIÓN 2: A SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE QUE SE HARÁ LA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES Y LAS HUELLAS DACTILARES

Esta sección debe ser completada por el solicitante. El solicitante es la persona cuyos antecedentes estamos verificando. El personal del DSPR no debe completar este formulario por el solicitante. Nota: El personal del programa de Servicios de Protección para Adultos (por sus siglas en inglés, "APS") puede completar la información del solicitante para una verificación de antecedentes para una investigación de APS.

Casilla núm. Instrucciones

- 2 Es requerido su **número de seguro social**. Su número de seguro social ayuda a la Unidad Central de Verificación de Antecedentes a relacionar su nombre y fecha de nacimiento con registros existentes en nuestra base de datos y podría acelerar la tramitación de su verificación de antecedentes.  
3 Escriba su **fecha de nacimiento** incluyendo el mes, día y año.  
4 Escriba su **género**  
5 Escriba su **estatura y peso**.  
6 **Nombre actual:** Escriba su nombre, nombre intermedio y apellido como aparecen en su licencia de conducir vigente o en otra identificación primaria con fotografía. (Ver ejemplo más adelante) Identificaciones con fotografía emitidas por el gobierno que son aceptadas incluyen licencia de conducir, Real ID, ID militar de Estados Unidos, pasaporte de Estados Unidos o extranjero, o identificación tribal con reconocimiento federal. Escriba N/A en cada casilla en la que no tenga un nombre que escribir.

**REQUERIDO:** ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE SU NOMBRE COMO APARECE EN SU CERTIFICADO DE NACIMIENTO. ESCRIBA N/A SI NO TIENE  
**EJEMPLO NOMBRE:** JUAN                      **SEGUNDO NOMBRE :** N/A                      **APELLIDO PATERNO :** DEL PUEBLO                      **APELLIDO MATERNO :** N/A

**Otros nombres:** Escriba en letra de molde todos los demás nombres, nombres intermedios o apellidos que haya utilizado. Incluyen apodos, nombres de nacimiento, nombres de soltera, etc. Si no ha utilizado ningún otro nombre, nombre intermedio o apellido, debe escribir N/A No deje ninguna casilla en blanco. (Vea los ejemplos más adelante)

**Ejemplo 1 – cómo escribir dos apodos y un nombre de soltera.** No se ha usado ningún otro nombre intermedio.

**REQUERIDO:** ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE TODOS LOS DEMÁS NOMBRES, SEGUNDOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. N/A SI NO  
**NOMBRE:** JUAN                      **SEGUNDO NOMBRE :** N/A                      **APELLIDO PATERNO :** DEL PUEBLO                      **APELLIDO MATERNO :** N/A

**Ejemplo 2 – cuándo escribir N/A** porque no se ha utilizado ningún otro nombre, nombre intermedio o apellido.

**REQUERIDO:** ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE TODOS LOS DEMÁS NOMBRES, SEGUNDOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. ESCRIBA N/A  
**NOMBRE:** N/A                      **SEGUNDO NOMBRE :** N/A                      **APELLIDO PATERNO :** N/A                      **APELLIDO MATERNO :** N/A

- 7 Marcar si es ciudadano de los E.U. y completar ciudad o país de Nacimiento, de ser extranjero escribir el número de su identificación de residente permanente o identificación que lo autoriza a trabajar en los U.S y sus territorios  
8 Marcar encasillado su color de ojos  
9 Escriba su # de licencia de conducir, pasaporte o identificación y el estado en el que fue emitida. La que estará presentando el día de la huella.  
10 Marcar encasillado su raza CAUCASICO (PUERTO RICO, CUBA, MEJICO, AMERICA CENTRAL, SUR AMERICA)  
11 Marcar encasillado color de pelo al momento de la toma de huella  
12 Número de teléfono en donde se le puede ser localizado durante el día.  
13 Proporcione una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted.  
14 Escriba su dirección física. Si su dirección física e indique el tiempo viviendo en la misma.  
15 Escriba su dirección postal a la que BCCU pueda enviarle información confidencial, como una copia del resultado de su verificación de antecedentes.  
16 Ha vivido de manera continua en la misma dirección sin vivir en otra dirección, pueblo, estado o país durante los últimos cinco años (60 meses), conteste SI. Si ha vivido en cualquier otro pueblo, estado país o dirección diferente a la indicada en el número 16 durante los últimos cinco años conteste SI y añada las direcciones anteriores y las fechas (desde, mes y año). Utilice otro papel de ser necesario o necesitar mas espacio.  
**Vea información importante sobre cómo contestar preguntas de divulgación propia de acuerdo con la descripción para la casilla 17.**  
Casilla núm. 17 Instrucciones  
17a y 17b - Debe marcar SI o NO. Si marca SI, debe escribir el nombre del delito, el grado (si lo tiene), el estado y la fecha de la condena(MM/DD/AAAA). Si necesita completar condenas adicionales, añada una hoja de papel adicional al formulario de autorización de verificación de antecedentes. Incluya su nombre y toda la información requerida listada anteriormente.  
17c y 17d - Debe marcar SI o NO. Si marca SI, debe escribir el nombre de la acusación pendiente, el grado (si lo tiene) y el estado. Si necesita completar acusaciones pendientes adicionales, añada una hoja de papel adicional al formulario de autorización de verificación de antecedentes. Incluya su nombre y toda la información requerida listada anteriormente.  
17e - 17i Lea cada pregunta cuidadosamente antes de contestar. Debe marcar SI o NO.  
18 **Indique si se encuentra trabajando, es voluntario, busca empleo, es estudiante o tiene oferta de empleo.** Indique el patrono actual o la agencia o voluntario, entidad que le ofrece empleo o es fecha de comienzo y posición ha ocupar.  
19 **Lea las declaraciones en la casilla 19.** Su firma e iniciales en la casilla 20 significa que ha leído, comprendido y aceptado las declaraciones de la 19.  
20 **Firme con su nombre según la casilla 6.** Escriba sus iniciales aceptando y autorizando incluir su foto en la certificación de verificación de credenciales Escriba el mes / día / año (MM/DD/AAAA) en que firmó la casilla 20.  
21 Solicito y autorizo que mi huella sea registrada en el servicio de RAP BACK (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI En aquellos casos en que la persona continúe empleada o contratada con la misma entidad durante los (2) dos años subsiguientes a haber obtenido su certificado de historial delictivo y dicha persona se encuentre registrada en el servicio de RAP BACK (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI el patrono debiera exigir el Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de PR para que la certificación sea válida por el siguiente año hasta un máximo en total de 3 años desde que se realice las huellas dactilares

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA RESPUESTA A PREGUNTAS DE DIVULGACIÓN PROPIA:** Sus respuestas a preguntas de divulgación propia se convierten en parte de su historial de verificaciones de antecedentes y se almacenan en la base de datos del DSPR. Las divulgaciones propias son reportadas como parte de su verificación de antecedentes, como cualquier otro historial de verificación de antecedentes que recibimos. Es importante que sus respuestas a preguntas de divulgación propia sean precisas y consistentes. Se recomienda encarecidamente que responda las preguntas de divulgación propia del mismo modo cada vez que llene el formulario de autorización de verificación de antecedentes, a menos que la pregunta haya cambiado o que la respuesta anterior fuera incorrecta. También se recomienda que consulte los documentos de la acusación, registros del tribunal u otros documentos oficiales y que liste sus condenas penales, acusaciones pendientes, fechas y demás datos exactamente como aparecen en esos documentos.

**Si tiene preguntas sobre el proceso de verificación de credenciales e historial delictivo, póngase en contacto con :**  
[prbackgroundcheck@salud.pr.gov](mailto:prbackgroundcheck@salud.pr.gov) o al teléfono (787)522-3966 EXT 2234

Este formulario deberá estar firmado e iniciado para proceder con la toma de huellas el día de la cita. De no estar de acuerdo **NO** se llevará a cabo el proceso