



**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 \_\_\_\_\_

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

