

# FORMULARIO PARA REGISTRO DE DELINCUENTES SEXUALES EN COLORADO

## MOTIVO DEL REGISTRO

Registro inicial     Nuevo registro programado     Actualización de datos     Cancelación del registro

## DATOS DEL DELINCUENTE SEXUAL

APELLIDO DEL DECLARANTE	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
-------------------------	--------	----------------

FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO	RAZA	GRUPO ÉTNICO
---------------------	-------------------------	------	------	--------------

ESTATURA	PESO	COLOR DE PELO	COLOR DE OJOS	LUGAR DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBAL
----------	------	---------------	---------------	---------------------	---------------------------------

ALIAS/APODOS

CICATRICES, MARCAS, TATUAJES U OTROS RASGOS DISTINTIVOS

CICATRICES, MARCAS, TATUAJES U OTROS RASGOS DISTINTIVOS

**ESTATUS DE SUPERVISIÓN**     No estoy bajo régimen de probación ni libertad condicional

<input type="checkbox"/> Probación <input type="checkbox"/> Libertad condicional	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	TELÉFONO DEL FUNCIONARIO
<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Condado		

**DATOS PARA VIAJES INTERNACIONALES**     No tengo pasaporte ni ciudadanía distinta de la estadounidense

NÚMERO DE PASAPORTE	PAÍS EMISOR DEL PASAPORTE	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE	FECHA DE VENCIMIENTO DEL PASAPORTE
---------------------	---------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

NÚMERO DE CÉDULA DE EXTRANJERÍA	CIUDADANÍA (FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS)
---------------------------------	--

**DATOS DE LA LICENCIA O MATRÍCULA PROFESIONAL**     No tengo licencias ni matrículas profesionales

TIPO DE MATRÍCULA O LICENCIA PROFESIONAL (MÉDICO, ELECTRICISTA, PLUMERO, TERAPEUTA, ETC.)	NÚMERO DE MATRÍCULA O LICENCIA PROFESIONAL
---	--

**NÚMERO DE TELÉFONO**     No tengo ni uso teléfono

NÚMERO DE TELÉFONO	TIPO DE TELÉFONO (CELULAR, CASA, TRABAJO, OTRO)	NÚMERO DE TELÉFONO	TIPO DE TELÉFONO (CELULAR, CASA, TRABAJO, OTRO)
--------------------	---	--------------------	---

NÚMERO DE TELÉFONO	TIPO DE TELÉFONO (CELULAR, CASA, TRABAJO, OTRO)	NÚMERO DE TELÉFONO	TIPO DE TELÉFONO (CELULAR, CASA, TRABAJO, OTRO)
--------------------	---	--------------------	---

**IDENTIFICADORES DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA**     No tengo identificadores de comunicación electrónica

Toda persona con obligación de registrarse que ha sido condenada por un delito contra un menor de edad TIENE QUE registrar sus identificadores de comunicación electrónica antes de usarlos.

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	NOMBRE PARA CHAT/BLOG	PROVEEDOR DE SERVICIO
---------------------------------	-----------------------	-----------------------

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	NOMBRE PARA CHAT/BLOG	PROVEEDOR DE SERVICIO
---------------------------------	-----------------------	-----------------------

DATOS ADICIONALES DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

SÍRVASE UTILIZAR EL SUPLEMENTO PARA IDENTIFICADORES ELECTRÓNICOS PARA LA INFORMACIÓN ADICIONAL REFERENTE A IDENTIFICADORES DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

**DATOS REFERENTES A LA DIRECCIÓN DEL DECLARANTE**

<input type="checkbox"/> Tengo domicilio permanente <input type="checkbox"/> No tengo domicilio permanente (hogar fijo)			
<input type="checkbox"/> Dirección domicilio anterior <input type="checkbox"/> Dirección permanente actual <input type="checkbox"/> Dirección de reubicación <input type="checkbox"/> Otra dirección/ dirección alterna <input type="checkbox"/> Dirección postal <input type="checkbox"/> Ubicación del transeúnte/sin hogar	DIRECCIÓN FIJA O LUGAR(ES) DONDE SUELE DORMIR, CALLES, INTERSECCIONES, SEÑAS, ETC.		
	APARTAMENTO/NÚMERO DE LA UNIDAD	CIUDAD	ESTADO
CONDADO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE LLEGADA A ESA(E) DIRECCIÓN/LUGAR	FECHA DE SALIDA DE ESA(E) DIRECCIÓN/LUGAR

**DATOS REFERENTES A LA DIRECCIÓN DEL DECLARANTE**

<input type="checkbox"/> Tengo domicilio permanente <input type="checkbox"/> No tengo domicilio permanente (hogar fijo)			
<input type="checkbox"/> Dirección domicilio anterior <input type="checkbox"/> Dirección permanente actual <input type="checkbox"/> Dirección de reubicación <input type="checkbox"/> Otra dirección/ dirección alterna <input type="checkbox"/> Dirección postal <input type="checkbox"/> Ubicación del transeúnte/sin hogar	DIRECCIÓN FIJA O LUGAR(ES) DONDE SUELE DORMIR, CALLES, INTERSECCIONES, SEÑAS, ETC.		
	APARTAMENTO/NÚMERO DE LA UNIDAD	CIUDAD	ESTADO
CONDADO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE LLEGADA A ESA(E) DIRECCIÓN/LUGAR	FECHA DE SALIDA DE ESA(E) DIRECCIÓN/LUGAR

SÍRVASE UTILIZAR EL SUPLEMENTO PARA DOMICILIOS PARA TODA DIRECCIÓN ADICIONAL O DATOS REFERENTES AL TRANSEÚNTE O SIN HOGAR

**EDUCACIÓN POST-SECUNDARIA (UNIVERSITARIA/FORMACIÓN PROFESIONAL)**

<input type="checkbox"/> No soy estudiante, empleado ni voluntario en centros de estudios			
<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario	FECHA INICIO EN EL CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA TERMINACIÓN EN EL CENTRO DE ESTUDIOS	
NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS		UBICACIÓN DEL RECINTO DE ESTUDIOS SUPERIORES	
DIRECCIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS	CIUDAD DEL CENTRO DE ESTUDIOS	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CONDADO DEL CENTRO DE ESTUDIOS	PUNTO DE CONTACTO (SI ES EMPLEADO DEL CENTRO DE ESTUDIOS)	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PUNTO DE CONTACTO	

SÍRVASE UTILIZAR EL SUPLEMENTO DE EDUCACIÓN POST-SECUNDARIA PARA DATOS ADICIONALES DE ESTUDIOS POST-SECUNDARIOS

**DATOS DE EMPLEO**

<input type="checkbox"/> Estoy desempleado en la actualidad			
NOMBRE DEL EMPLEADOR	PUNTO DE CONTACTO	NÚMERO TELEFÓNICO DEL PUNTO DE CONTACTO	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CONDADO	OCUPACIÓN	FECHA INICIO DEL EMPLEO	FECHA TERMINACIÓN DEL EMPLEO

SÍRVASE UTILIZAR EL SUPLEMENTO DE EMPLEO PARA DATOS ADICIONALES DE EMPLEO

**DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN**

<input type="checkbox"/> No tengo licencia de conducción ni tarjeta de identidad			
NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCCIÓN O TARJETA DE IDENTIDAD	ESTADO DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN O TARJETA DE IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN O TARJETA DE IDENTIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN O TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCCIÓN O TARJETA DE IDENTIDAD	ESTADO DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN O TARJETA DE IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN O TARJETA DE IDENTIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN O TARJETA DE IDENTIDAD

SÍRVASE UTILIZAR EL SUPLEMENTO DE VEHÍCULOS PARA DATOS ADICIONALES REFERENTES A LICENCIA DE CONDUCCIÓN

DATOS DE VEHÍCULOS				<input type="checkbox"/> NO tengo/uso vehículo, remolque ni vivienda móvil					
NÚMERO DE PLACA		ESTADO DE PLACA		FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PLACA		TIPO DE PLACA			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN VEHICULAR (VIN)			AÑO DEL VEHÍCULO		MARCA DEL VEHÍCULO		MODELO DEL VEHÍCULO		
TIPO DE VEHÍCULO		COLOR/COMBINACIÓN DE COLORES DEL VEHÍCULO			PROPIETARIO REGISTRADO DEL VEHÍCULO				
FECHA INICIO DEL VEHÍCULO			FECHA TERMINACIÓN DEL VEHÍCULO			<input type="checkbox"/> Este vehículo se usa como residencia <input type="checkbox"/> Este vehículo NO se usa como residencia			
NÚMERO DE PLACA		ESTADO DE PLACA		FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PLACA		TIPO DE PLACA			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN VEHICULAR (VIN)			AÑO DEL VEHÍCULO		MARCA DEL VEHÍCULO		MODELO DEL VEHÍCULO		
TIPO DE VEHÍCULO		COLOR/COMBINACIÓN DE COLORES DEL VEHÍCULO			PROPIETARIO REGISTRADO DEL VEHÍCULO				
FECHA INICIO DEL VEHÍCULO			FECHA TERMINACIÓN DEL VEHÍCULO			<input type="checkbox"/> Este vehículo se usa como residencia <input type="checkbox"/> Este vehículo NO se usa como residencia			
SÍRVASE UTILIZAR EL SUPLEMENTO DE VEHÍCULOS PARA DATOS ADICIONALES DE VEHÍCULOS									
DATOS DE EMBARCACIÓN / NO. DOCUMENTO GUARDACOSTAS					<input type="checkbox"/> No tengo/uso embarcación ni poseo No. de documento del guardacostas				
NÚMERO DOCUMENTO GUARDACOSTAS		NÚMERO MATRÍCULA EMBARCACIÓN		ESTADO MATRÍCULA		FECHA VENCIMIENTO		NÚMERO DEL CASCO DE EMBARCACIÓN	
AÑO DE LA EMBARCACIÓN	MARCA DE LA EMBARCACIÓN		TIPO DE EMBARCACIÓN		COLOR/COMBINACIÓN DE COLORES DE LA EMBARCACIÓN			MODELO DE LA EMBARCACIÓN	
MATERIAL DEL CASCO		FORMA DEL CASCO		PROPULSIÓN		ESLORA DE LA EMBARCACIÓN		PUERTO DE ORIGEN	
NOMBRE DE LA EMBARCACIÓN			PROPIETARIO DE LA EMBARCACIÓN			FECHA INICIO DE LA EMBARCACIÓN		FECHA TERMINACIÓN DE LA EMBARCACIÓN	
PUNTO DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS /DATOS DEL PARIENTE MÁS CERCANO									
NOMBRE COMPLETO CONTACTO PARA EMERGENCIAS /PARIENTE MÁS CERCANO				PARENTESCO				NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DEL CONTACTO PARA EMERGENCIAS /PARIENTE MÁS CERCANO				CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL
NOMBRE COMPLETO CONTACTO PARA EMERGENCIAS /PARIENTE MÁS CERCANO				PARENTESCO				NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DEL CONTACTO PARA EMERGENCIAS /PARIENTE MÁS CERCANO				CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL
NOMBRE COMPLETO CONTACTO PARA EMERGENCIAS /PARIENTE MÁS CERCANO				PARENTESCO				NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DEL CONTACTO PARA EMERGENCIAS /PARIENTE MÁS CERCANO				CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL

**REQUISITOS DE REGISTRO/PRESENTACIÓN EN PERSONA**

<input type="checkbox"/> Registro Trimestral <input type="checkbox"/> Registro Anual	PRÓXIMA FECHA DE REGISTRO	INICIALES DEL DECLARANTE
--	---------------------------	--------------------------

Los transgresores que carecen de residencia fija, ADEMÁS DE, hacer el registro trimestral o anual, tienen la obligación de presentarse mensualmente ante la entidad local del orden público si su registro es trimestral o trimestralmente si su registro es anual.

Carece de residencia fija? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Presentación Mensual <input type="checkbox"/> Presentación Trimestral	PRÓXIMA FECHA DE PRESENTACIÓN	INICIALES DEL DECLARANTE
---	---	-------------------------------	--------------------------

**FIRMA DEL DECLARANTE**

**Al firmar a continuación, declaro que entiendo y reconozco mi deber de registrarme con delincuente sexual, conforme a lo dispuesto en la Ley de registro de delincuentes sexuales de Colorado - Título 16, Artículo 22, Código de Derecho de Colorado. Entiendo que el suministro de información falsa o incompleta podrá considerarse un delito penal menor o grave.**

HUELLA DACTILAR DEL TRANSGRESOR (OPCIONAL)

FIRMA DEL DECLARANTE		FECHA DE HOY
FIRMA DEL PADRE/ENCARGADO	PARENTESCO CON EL TRANSGRESOR	NÚMERO DE TELÉFONO

**↓ ↓ ↓ USO EXCLUSIVO JUSTICIA PENAL (FOR CRIMINAL JUSTICE USE ONLY) ↓ ↓ ↓**

**CRIMINAL JUSTICE INFORMATION**      Please verify all information with a complete criminal history background.

SOR NUMBER	STATE ID (SID) NUMBER	FBI NUMBER/UCN	DEPT OF CORR NUMBER	AGENCY CASE (OCA) NUMBER	SEXUALLY VIOLENT PREDATOR <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
------------	-----------------------	----------------	---------------------	--------------------------	---

COURT DOCKET NUMBER	DATE OF CONVICTION	DATE OF OFFENSE	SEX OF VICTIM	AGE OF VICTIM
---------------------	--------------------	-----------------	---------------	---------------

RELATIONSHIP TO VICTIM	CONVICTION STATE	STATUTE NUMBER	SEX CONVICTION REQUIRING REGISTRATION	STATUTE CLASS
------------------------	------------------	----------------	---------------------------------------	---------------

COURT DOCKET NUMBER	DATE OF CONVICTION	DATE OF OFFENSE	SEX OF VICTIM	AGE OF VICTIM
---------------------	--------------------	-----------------	---------------	---------------

RELATIONSHIP TO VICTIM	CONVICTION STATE	STATUTE NUMBER	SEX CONVICTION REQUIRING REGISTRATION	STATUTE CLASS
------------------------	------------------	----------------	---------------------------------------	---------------

COURT DOCKET NUMBER	DATE OF CONVICTION	DATE OF OFFENSE	SEX OF VICTIM	AGE OF VICTIM
---------------------	--------------------	-----------------	---------------	---------------

RELATIONSHIP TO VICTIM	CONVICTION STATE	STATUTE NUMBER	SEX CONVICTION REQUIRING REGISTRATION	STATUTE CLASS
------------------------	------------------	----------------	---------------------------------------	---------------

**MISCELLANEOUS INFORMATION – NOTES/COMMENTS**

--	--

**DATOS DE LA ENTIDAD DE REGISTRO (REGISTRATION AGENCY INFORMATION)**

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA – PERSONAL DE LA ENTIDAD DE JUSTICIA PENAL (PRINTED NAME – CRIMINAL JUSTICE AGENCY PERSONNEL)	NOMBRE DE LA ENTIDAD DE JUSTICIA PENAL (CRIMINAL JUSTICE AGENCY NAME)	
FIRMA – PERSONAL DE LA ENTIDAD DE JUSTICIA PENAL (SIGNATURE – CRIMINAL JUSTICE AGENCY PERSONNEL)	NÚMERO DE TELÉFONO - ENTIDAD DE JUSTICIA PENAL (CRIMINAL JUSTICE AGENCY PHONE NUMBER)	FECHA DE HOY (CURRENT DATE)