



No. de referencia

Informe del uso de la fuerza

Dependencia/Institución:			
Entidad federativa:			
Ciudad, Municipio, Delegación,			
Localidad:			
Fecha:	Día	Mes	Año
	Dd	mm	aaaa
Hora:	hh:mm		

Nombre del Ministerio Público

PRESENTE

Hago referencia a los hechos acontecidos el día _____ en _____, en el cual nos encontrábamos realizando _____ por lo que fue necesario emplear el uso de la fuerza con fundamento al artículo 132 fracción IV, que fueron dados a conocer a _____ mediante _____ al respecto le hago de su conocimiento lo siguiente:

Situación que originó el uso de la fuerza

--

Nivel del uso de la fuerza empleado

Marque con una X, el nivel de uso de la fuerza utilizado

<input type="checkbox"/>	Presencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Control físico
<input type="checkbox"/>	Verbalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnicas defensivas no letales
<input type="checkbox"/>	Control de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuerza potencialmente letal

Descripción de las actuación(es) del (los) Policía (s)

Descripción detallada y cronológica de los hechos



Persona(s) sobre la(s) que se empleó el uso de la fuerza		
No.	Nombre	En calidad de:
	Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)	Detenido, víctima, testigo
	Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)	Detenido, víctima, testigo
	Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)	Detenido, víctima, testigo

¿Se requirió asistencia médica?		Sí ()		No ()	
¿Dónde se brindó la asistencia médica?:					
¿Quién brindó el servicio médico?: <i>Ejemplo: Cruz Roja, ERUM, etc.</i>					
¿Solicitó ayuda?			Sí		No
Ministerio Público	Superior Jerárquico	066	Otro: <i>especifique</i>		

Condiciones ambientales	
Puede seleccionar varias opciones si aplica	
Clima: <input type="checkbox"/> Despejado <input type="checkbox"/> Nublado <input type="checkbox"/> Lluvioso <input type="checkbox"/> Nevado/Agua nieve <input type="checkbox"/> Neblina/polvoriento <input type="checkbox"/> Otro Especificar: _____	Iluminación: <input type="checkbox"/> Luz diurna <input type="checkbox"/> Atardecer <input type="checkbox"/> Amanecer <input type="checkbox"/> Nocturno/oscuro <input type="checkbox"/> Luz artificial de alta intensidad * <input type="checkbox"/> Luz artificial de baja intensidad ** * Ejemplo: interiores bien iluminados, luz eléctrica de alta potencia. ** Ejemplo: alumbrado público, interiores mal iluminados.

OBSERVACIONES

Respetuosamente
Policía(s) participante(s)

Nombre completo, grado y firma del (la) policía
Apellido paterno apellido materno

Nombre completo, grado y firma del (la) policía
Apellido paterno apellido materno nombre(s)



nombre (s)