



Departamento de Policía de Riverside Numero de Expediente de Queja: _____
Formulario de Control de Queja Número de Informe Policial / Citación: _____

Lugar del Incidente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Recibido Por: _____ Fecha/Hora: _____ Enviado a: _____

Empleado Sujeto: _____ Numero de Identificación: _____

Querellante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Celular / Teléfono de Negocio: _____

Dirección de Negocio: _____

Correo Electrónico: _____

Testigo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Celular / Teléfono de Negocio: _____

Dirección de Negocio: _____

Testigo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Celular / Teléfono de Negocio: _____

Dirección de Negocio: _____

Queja: _____

Firma del Querellante (Opcional): _____

