



ARLINGTON COUNTY POLICE DEPARTMENT

Arlington County Courthouse 1425 North Courthouse Road Arlington, VA 22201
TEL 703.228.4292 TTY 703.228.4611 www.arlingtonva.us



Informe de Accidente

Debe ser completado por las personas que hayan tenido un accidente con daños materiales cuando ambos conductores hayan intercambiado información en la escena del accidente o para reportar un accidente de choque y fuga en el cual su propiedad ha sido dañada pero no se le ha dado asistencia.

\*A partir del 1º de julio de 2001, todos los accidentes de choque y fuga que involucren una propiedad a la que se le ha dado asistencia se consideran actos delictivos. Si usted se ve involucrado en un accidente de choque y fuga al conducir su vehículo, llame al departamento de policía local para que se inicie la investigación. Se debe enviar la siguiente información al Departamento de Policía, 1425 N. Courthouse Rd., Arlington, VA 22201.

Todos los campos resaltados en amarillo deben completarse obligatoriamente

Form with fields: Este reporte se refiere a: (Seleccione uno solo), Número de Reporte Policial, Lugar Exacto del Accidente, Fecha del Accidente, Hora del Accidente.

Información Personal

Form with fields: Nombre, Dirección, Teléfono particular, Teléfono laboral, Teléfono celular, Buscapersonas.

Mejor momento para contactarlo: Mañana Tarde Noche

Form with fields: Marca del vehículo, Placa de Matrícula N°, Placa de Matrícula Estatal, Color del Vehículo, Modelo del vehículo, Póliza N°, Daño estimado por la compañía de seguro \$, ¿Este reporte es solo para el seguro? Sí No

**Solamente daños materiales\*\*** Para accidentes en los cuales ambos conductores están presentes para intercambiar información.

**Second Vehicle/Driver Information**

<b>Nombre</b>		<b>Dirección</b>		<b>Teléfono particular</b>		<b>Teléfono laboral</b>	
				Teléfono celular		Buscapersonas	
Marca del vehículo	Placa de Matrícula N°	Placa de Matrícula Estatal	Color del Vehículo	Modelo del vehículo			
Compañía de seguro				Póliza N°			
¿Este reporte es solo para el seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Daño estimado por la compañía de seguro \$			

**Solamente para Accidentes de Choque y Fuga (Dejar en blanco la información que se desconoce)**

**Información del vehículo sospechoso**

Marca del vehículo	Placa de Matrícula N°	Placa de Matrícula Estatal	Color del Vehículo	Modelo del vehículo	
Marcas de identificación en el vehículo (marcas identificadoras, calcomanías, daños, color de la placa, etc.)			¿Puede identificar el vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			¿Puede identificar al conductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Información del Sospechoso/Conductor del Choque y Fuga**

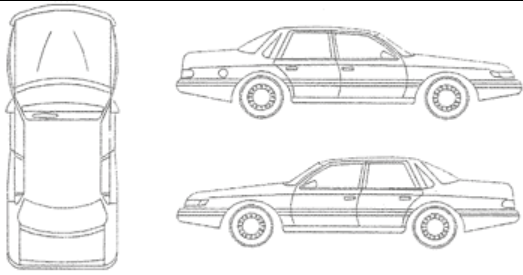
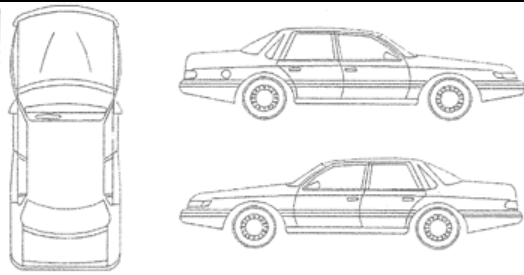
Raza	Sexo	Edad	Color de Cabello	Altura	Peso	Tez

**Otra Información del Sospechoso/Conductor:** ¿Se intercambió información?  Sí  No

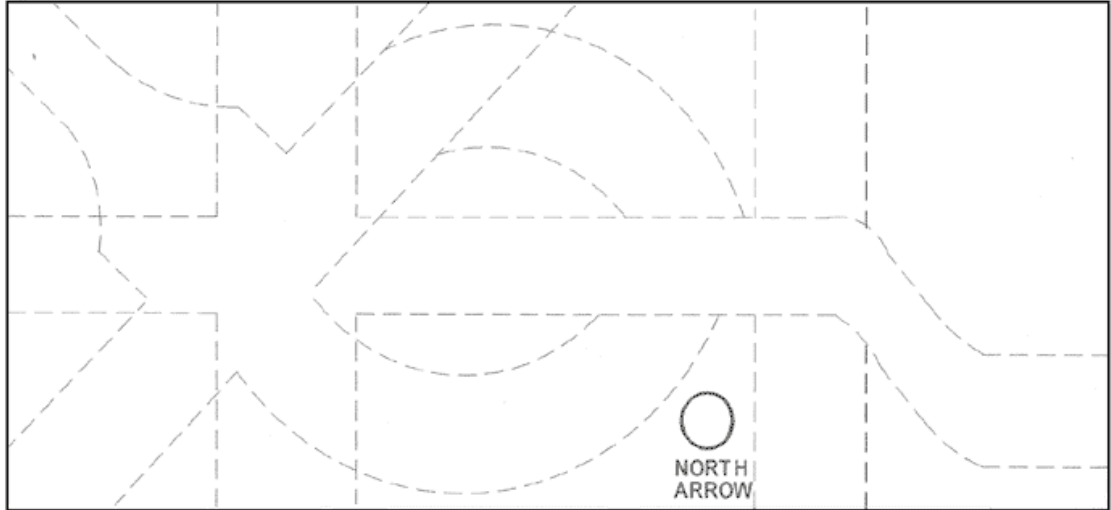
--

Describe su participación en el accidente que se reporta. Este recuadro debe utilizarse para reportar accidentes y también choques y fugas sin asistencia.

**Descripción de cómo ocurrió el accidente:**

	
<p>Marque con círculos los puntos de impacto en <b>su</b> vehículo</p>	<p>Marque con círculos los puntos de impacto en el <b>otro</b> vehículo</p>

**Diagrama del accidente**



Firma	Fecha
-------	-------

Use formularios adicionales si en el accidente participaron más de dos vehículos

**Si tiene preguntas por favor llamar a la Sección Central de Registros llamando al (703) 228-4292.**