



INFORME SOBRE LA INFLUENCIA DE ALCOHOL O DROGAS (ALCOHOL/DRUG INFLUENCE REPORT)

Departamento de Transporte de Wisconsin
SP4005S 4/2011

Nombre	N.º de infracción	N.º de policía (<i>n.º de caso de la agencia</i>)	
Dirección de domicilio	Fecha de arresto	Hora de arresto	Arrestado por
Ciudad Estado Código postal	Fecha del incidente	Hora del incidente	Departamento
Nombres de las demás personas a bordo del vehículo	Estado de las demás personas a bordo		
Describe la ropa y el calzado (<i>tipo y estado</i>)	Aliento, olor a alcohol o drogas (<i>ninguno, leve, moderado, fuerte</i>)		
Actitud (<i>cooperativa, no cooperativa, combativa</i>)	Habla		
Signos de enfermedad o lesiones	¿Qué fue lo primero que lo llevó a sospechar influencia de alcohol o drogas?		
Opinión: ¿El sujeto se encuentra bajo los efectos de sustancias tóxicas? ☐ Sí ☐ No	Opinión: ¿Se ve afectada la capacidad del sujeto para conducir un vehículo de motor? ☐ Sí ☐ No		
Testigo(s)			

Advertencia previa al interrogatorio: antes de que le hagamos cualquier pregunta, debe conocer sus derechos. Usted tiene derecho a guardar silencio. Todo lo que diga puede ser y será utilizado en su contra ante un tribunal. Tiene derecho a hablar con un abogado antes del interrogatorio y a que el abogado lo acompañe durante el interrogatorio. Si no puede pagar un abogado y desea uno, se le asignará uno sin costo antes de cualquier interrogatorio. Si decide comenzar a responder preguntas en este momento, puede detenerse en cualquier momento durante el interrogatorio.

Renuncia de derechos: he leído, o se me ha leído, esta declaración de mis derechos. Entiendo cuáles son mis derechos. Estoy dispuesto a responder preguntas en este momento. Por ahora no quiero un abogado. Entiendo y sé lo que estoy haciendo.

Fecha	Firma
Hora	Testigo
Notas	

¿Usted conducía un vehículo de motor? ☐ Sí ☐ No

¿En qué calle o carretera se encontraba?:

¿Hacia dónde se dirigía?	¿De dónde venía?		
¿Cuál es la fecha de hoy?	¿Qué hora es?		
¿Cuándo fue la última vez que durmió?	¿Cuántas horas durmió?	¿Es esa su cantidad habitual? ☐ Sí ☐ No	
¿Está bajo supervisión médica? ☐ Sí ☐ No	¿Para qué?		
¿Tomó algún medicamento recetado en las últimas 24 horas? ☐ Sí ☐ No	¿Para qué?	Hora/fecha del último consumo	
¿Fue al dentista en las últimas 24 horas? ☐ Sí ☐ No	¿A qué hora?	¿Qué tipo de atención dental recibió?	
¿Tiene ERGE? ☐ Sí ☐ No	¿Diabetes? ☐ Sí ☐ No	¿Se está administrando insulina? ☐ Sí ☐ No	Hora/fecha de la última dosis
¿Tuvo alguna lesión reciente? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, descríbala:		
¿Tiene algún defecto físico? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, descríbalos:		
¿Estuvo bebiendo? ☐ Sí ☐ No	¿Cuánto?	Hora en la que comenzó	Hora en la que terminó
¿Qué estuvo bebiendo?	¿Dónde estaba bebiendo?	¿Con quién estaba bebiendo?	
¿Estuvo consumiendo drogas? ☐ Sí ☐ No	¿De qué tipo?		
Desde la última vez que condujo un vehículo de motor, ¿consumió alcohol o drogas? ☐ Sí ☐ No	¿De qué tipo?	¿Se encuentra bajo los efectos del alcohol o las drogas en este momento? ☐ Sí ☐ No	
¿Tuvo un accidente hoy? ☐ Sí ☐ No	¿Bebió o consumió drogas desde entonces? ☐ Sí ☐ No	¿Qué y cuánto?	