



STINSON LASSWELL & WILSON

ATTORNEYS AT LAW

255 N. WATER ST. WICHITA, KANSAS 67202 | (316) 264-9137

DUI/DWI CUESTIONARIO

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de Oficina: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): _____ Número de Seguro Social: _____

Lugar de Nacimiento (Ciudad & Estado): _____ Estado Civil: _____

Nombre de su pareja y sus hijos: _____

Altura: _____ Peso: _____ Color de cabello: _____

Estado en su Licencia de Manejar: _____ Numero de Licencia: _____

¿Cuántos años de educación tiene? _____

Preparatoria: _____ Colegio/Universidad: _____

¿Si completó una carrera, de que se graduó? _____

Empleo actual: _____

Dirección de empleo: _____

¿Cuánto tiempo lleva en este trabajo? _____

Posición Actual: _____

Descripción: _____

¿Le hicieron la prueba Nistagma horizontal de la mirada fija o HGN? Si No

¿El oficial le pidió que siguiera un objeto en movimiento con la mirada? ¿Ya sea una pluma o el dedo? Si No

Por favor de una breve explicación en cuanto a las indicaciones que el oficial le dio para que usted completara la prueba

Si usted utiliza lentes de armazón o lentes de contacto, ¿le pidieron que se los quitara? Si No

Si usted se negó a tomar la prueba de HGN, ¿le comentó el oficial las consecuencias de negarse a tomar la prueba? Si No

Si usted estuvo en un accidente, ¿resultó usted herido o alguna otra persona? Si No

Por favor describa en detalle el alcance de las lesiones/ heridas que usted sufrió y de todos los involucrados _____

La policía, de alguna manera, ¿lo registró a usted o a su vehículo? Si No

¿Se le pidió que diera su consentimiento para que lo registraran? Si No
Si es así, ¿qué dijo? _____

¿Qué recuerdas de lo sucedido? _____

¿Qué encontró y/o confiscó la policía?, si es que encontraron algo. Por favor, escriba que pasó detalladamente. _____

¿Se le pidió que diera su consentimiento o se sometiera a una prueba química (sangre, aliento y/u orina)? Si No

Si es así, ¿qué dijo? _____

¿Le hizo usted alguna pregunta al oficial antes de tomar la decisión de someterse a la(s) prueba(s)? Si No

¿Recuerda si se le leyó algún derecho antes de presentar o consentir a la(s) prueba(s)? Si No

Si dio su consentimiento o se sometió a la(s) prueba(s), ¿qué pruebas le fueron ofrecidas (sangre, aliento u orina)? _____

¿Qué pruebas le realizaron? _____

¿En qué lugar se realizaron las pruebas? _____

¿Cuáles fueron los resultados de cada prueba? _____

¿Cuándo y dónde empezaste a beber? _____

¿Qué tipo de bebida(s) estaba bebiendo? _____

¿Cuántas bebidas de cada bebida tomó? _____

¿Cuál era el tamaño del recipiente de cada bebida? _____

Complete lo siguiente con respecto a todas las personas que estuvieron con usted mientras bebía y cuando lo detuvieron.

Nombre	Número de Teléfono	¿Cree que esta persona estaría dispuesta a testificar en su nombre (S/N)?	¿Qué cree que dirían los testigos sobre su comportamiento con el consumo de alcohol, la cantidad de bebidas que tomó, las interacciones con otras personas, la policía, los conductores del otro vehículo, etc.?

¿Qué llevaba puesto (ropa, zapatos, joyas, etc.) cuando fue arrestado? _____

¿Estaba bien vestido? Si No

¿Había algo inusual en la forma en que estaba vestido o de su apariencia? Si No

¿Su ropa o zapatos de alguna manera restringieron su movimiento o resultaron que usted tuviera dificultad al caminar? Si No

Por favor explique detalladamente. _____

¿Cómo siente que las bebidas afectaron su capacidad de conducir?

¿Se consideraba incapaz de operar con seguridad un vehículo? Si No

Por favor, explique en detalle. _____

¿Bebió alcohol después de su arresto? Si No

Si es así, ¿qué bebió y cuáles fueron las razones? _____

¿Fue fotografiado, grabado en video o grabado en audio? Si No

Si es así, ¿le dijeron algo antes de ser grabado? Si No

¿Le leyeron algún derecho antes de ser grabado? Si No

¿El oficial le pidió permiso para grabarlo? Si No

¿Se le permitió ver las fotos o grabación? Si No

¿Se le permitió escuchar alguna de las grabaciones? Si No

Si es así, describa lo mejor que pueda el contenido en las imágenes o grabaciones, incluyendo cualquier cosa inusual y lo que recuerda haber escuchado.

¿Hubo algún objeto extraño en su boca entre el momento en que lo detuvieron y el momento de la realización de la prueba (incluyendo goma de mascar, mentas, pastillas para la tos, dulces, etc.)? Si No

¿Fumó cigarrillos en algún momento entre el arresto y el momento de la prueba? Si No

¿Estaba bajo el cuidado de un médico al momento de su arresto? Si No

¿Cuál es la razón? _____

¿Estaba tomando algún medicamento(s)? Si No

Si es así, complete lo siguiente:

Nombre del Medicamento	Cantidad	Cada cuando	¿Para qué se toma este medicamento?

** Por favor, incluya también cualquier medicamento sin receta (jarabe para la tos, antihistamínicos, aspirina, ibuprofeno, etc.) o cualquier sustancia controlada (marihuana, cocaína, barbitúricos, anfetaminas, etc.).

¿Tiene alguna dificultad física que le haga cojear o tener mal equilibrio? Si No
 Si es así, por favor explique en detalle. _____

¿Tiene alguna dificultad física o impedimento que le cause dificultad para hablar o comunicarse? Si No
 Si es así, por favor explique en detalle. _____

¿Tiene alguna dificultad física o impedimento que le cause respirar con dificultad? Si No
 Si es así, por favor explique en detalle. _____

¿Tuvo algún trabajo dental o ha usado alguna dentadura postiza o adhesivos que podrían absorber el alcohol y resultar en un efecto más alto en la prueba de aliento?

Sí

No

Si es así, por favor explique en detalle.

¿Tiene diabetes o alguna enfermedad cardíaca?

Sí

No

Si es así, por favor explique en detalle.

¿Alguna vez ha sufrido algún trastorno convulsivo, incluyendo epilepsia?

Sí

No

Si es así, por favor explique en detalle.

¿Alguna vez ha sufrido de narcolepsia (somnolencia, etc.)?

Sí

No

Si es así, por favor explique en detalle.

¿Alguna vez ha tomado algún medicamento anticonvulsivo?

Sí

No

Si es así, por favor explique en detalle.

¿Recuerda haber tenido malestar estomacal cuando fue arrestado?

Sí

No

Si es así, por favor explique en detalle.

¿Recuerda haber eructado? (Esto también puede afectar la prueba de aliento).

Sí

No

Si es así, por favor explique en detalle.

¿Usas anteojos o lentes de contacto?

Sí

No

¿Los llevaba puestos cuando te arrestaron?

Sí

No

¿Tiene una restricción en su licencia de conducir que requiere usar anteojos o lentes de contacto? Si No

Si se le pidió que se sometiera a una prueba de sobriedad, coordinación o prueba de nistagmo de mirada horizontal, ¿llevaba puesto sus lentes correctivos? Si No

Por favor, complete lo siguiente con respecto a su vehículo:

Marca	
Modelo	
Año	
Número de Licencia	
Número de Identificación del Vehículo	
Color	
Condición	
Dirección asistida	
Frenos de potencia	
Transmisión automática	
Defectos mecánicos	
¿Algún problema dirigiendo el vehículo?	

¿En qué tipo de calle conducía?: _____

¿Cuántos carriles de tráfico había? _____

¿Qué tipo de calle era (pavimentado, ladrillos, arena, tierra)? _____

¿Había señalamientos o señales de tráfico? _____

¿Cuál era el estado de la carretera?
(Liso, lleno de baches, áspero) _____

¿Cuáles eran las condiciones del tráfico?
(Ligero, moderado, pesado) _____

¿Cuál era la condición climática?
(Despejado, lluvioso, nieve, llovizna, hielo, húmedo, seco, viento) _____

¿Se le informó que tenía derecho a negarse a someterse a la(s) prueba(s) química(s)? Si No

¿Le dijeron que había alguna consecuencia si se negaba? Si No

Si es así, ¿qué recuerda específicamente que le dijeron sobre las consecuencias de rechazar la(s) prueba(s)?

¿Se le informó que podría tener un médico u otra persona calificada para administrar pruebas químicas adicionales? Si No

¿Se le informó que podría tener un médico u otra persona calificada para administrar un examen físico? Si No

Si es así, ¿qué recuerda específicamente de lo sucedido? _____

¿Qué hizo usted? _____

¿Se le informó que podía consultar con un abogado antes de someterse a las pruebas químicas? Si No

¿Se le informó que podría tener un abogado presente mientras se sometía al interrogatorio, prueba de sobriedad o pruebas químicas? Si No

Si es así, ¿qué recuerda específicamente de lo sucedido? _____

Si se le dio la oportunidad de consultar con un abogado, ya sea en persona o por teléfono, ¿se le permitió un área para discutir el caso con ellos? Si No

¿Se le dio acceso a una guía telefónica para ponerse en contacto con su médico o abogado? Si No

¿Se le dieron los nombres de algún médico o instalaciones médicas dispuestas a ir a la estación de policía y administrar pruebas adicionales o un examen físico? Si No

Si es así, ¿qué pasó? _____

Por favor escriba los nombres y direcciones de cualquier doctor, instalación médica, u otra persona(s) que administraron pruebas o realizaron exámenes.

Nombre	Dirección	Número de Teléfono	Doctor, Instalación Médica, Abogado(a), Etc.

¿Se le informó que una muestra de su sangre, aliento o la orina podría ser retenida para un análisis posterior o prueba adicional? Si No

¿Se le informó que tendría que pagar por cualquier retención o análisis? Si No

Si es así, ¿qué le dijeron y qué hizo usted? _____

¿Solicitó una muestra de aliento, sangre u orina? Si No

¿Solicitó que se realizara una prueba adicional? Si No

Por favor, explique detalladamente. _____

¿Tiene algún arresto o condena previa por conducir intoxicado? Si No

Por favor incluya los casos en que haya aplicado para desviación (diversion).

Si es así, por favor complete lo siguiente.

#1: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No

Descripción de la ofensa _____

Agencia involucrada: _____

Jurisdicción (corte) involucrada: _____

Penas o sentencias impuestas: _____

Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

#2: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

#3: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

¿Tiene algún arresto o condena previa? Si No
Por favor incluya los casos en que haya aplicado para desviación (diversion).
Si es así, complete lo siguiente.

#1: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

#2: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

#3: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

¿Se le ha acusado de cualquier otro delito administrativo o de tráfico que resultaron en una suspensión de su licencia? Si No

Por favor incluya los casos en que haya aplicado para desviación (diversion) y cualquier asunto pendiente.
Si es así, complete lo siguiente.

#1: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

#2: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

#3: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

¿Está en libertad condicional por algún delito? Si No
Si es así, complete lo siguiente.

#1: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

#2: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

#3: Fecha de la ofensa: _____ Sentenciado: Si No
Descripción de la ofensa _____
Agencia involucrada: _____
Jurisdicción (corte) involucrada: _____
Penas o sentencias impuestas: _____
Nombre y número de teléfono del abogado(a) que lo representó: _____

¿Alguna vez ha buscado algún tipo de asesoramiento sobre el
abuso de alcohol, drogas o sustancias? Si No
Si es así, complete lo siguiente:

#1: Nombre del consejero: _____
Nombre del centro de rehabilitación: _____
Fechas de asesoramiento o tratamiento: _____
Paciente hospitalizado o ambulatorio: _____
Frecuencia de visitas: _____

#2: Nombre del consejero: _____
Nombre del centro de rehabilitación: _____
Fechas de asesoramiento o tratamiento: _____
Paciente hospitalizado o ambulatorio: _____
Frecuencia de visitas: _____

#3: Nombre del consejero: _____
Nombre del centro de rehabilitación: _____
Fechas de asesoramiento o tratamiento: _____
Paciente hospitalizado o ambulatorio: _____
Frecuencia de visitas: _____

¿Alguna vez una corte o agencia administrativa ha requerido
que usted se someta a un examen de alcohol, drogas,
abuso de sustancias o examen psicológico? Si No
Si es así, complete lo siguiente:

#1: Nombre de la corte o agencia administrativa: _____
Ubicación de la corte o agencia administrativa: _____
Motivo del examen: _____
Nombre de la instalación que realizó el examen: _____
Ciudad y Estado de la instalación: _____
Resultados de la evaluación: _____

#2: Nombre de la corte o agencia administrativa: _____
Ubicación de la corte o agencia administrativa: _____
Motivo del examen: _____
Nombre de la instalación que realizó el examen: _____
Ciudad y Estado de la instalación: _____
Resultados de la evaluación: _____

#3: Nombre de la corte o agencia administrativa: _____
Ubicación de la corte o agencia administrativa: _____
Motivo del examen: _____
Nombre de la instalación que realizó el examen: _____
Ciudad y Estado de la instalación: _____
Resultados de la evaluación: _____

¿Actualmente siente o cree que tiene un problema con el alcohol o drogas o tiene alguna dependencia química? Si No

Si es así, explique cuál es el problema, cómo le afecta a usted, a su familia y a otras personas que puedan tener contacto o trato con usted.

¿Desea buscar algún servicio de asesoramiento o tratamiento con respecto a cualquier problema que esté teniendo con las drogas o el alcohol? Si No

En caso afirmativo, por favor explique. _____

¿Tiene seguro de salud que pueda cubrir el costo de dicho tratamiento o asesoramiento? Si No

En caso afirmativo, por favor explique. _____

¿Actualmente tiene seguro de carro? Si No
Si es así, complete lo siguiente:
Compañía de seguros: _____
Número de póliza: _____
Nombre e información de contacto del agente de seguros: _____

Si estuvo involucrado en un accidente que resultó en arresto y causó daños a su vehículo, a otro conductor o que causó otros daños materiales o lesiones físicas ¿notificó a su compañía de seguros? Si No

Si es así, ¿cuándo se hizo el contacto y qué se dijo sobre el accidente?

Si estuvo involucrado en un accidente automovilístico, ¿tiene presentado un informe de accidente automovilístico con la policía local o estatal o el registro de vehículos motorizados? Si No
Si es así, ¿cuándo se presentó la denuncia? _____

¿Tiene una copia del reporte? Si No

¿Hay alguna otra información que usted sienta que no ha sido cubierta en este formulario que usted sienta que es importante en la evaluación o defensa de su caso?
En caso afirmativo, por favor explique detalladamente. _____

