

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA  
**Tribunal de Primera Instancia**  
Sala  Superior  Municipal de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Recurrente**  
*(Persona que solicita la revisión. Utilice letra de molde e incluya ambos apellidos, si aplica)*  
  
v.  
  
Departamento de Salud  
Gobierno de Puerto Rico  
Recurrido

Caso Número: \_\_\_\_\_

Sobre Recurso de Revisión por:

Pandemia – COVID-19

Falta Administrativa bajo el Reglamento  
Núm. 9210 de 21 de agosto de 2020  
del Departamento de Salud

**RECURSO DE REVISIÓN POR FALTA ADMINISTRATIVA BAJO EL  
REGLAMENTO NÚM. 9210 DEL DEPARTAMENTO DE SALUD**

INSTRUCCIONES:

- Complete el formulario en todas sus partes, incluyendo el dorso de este documento. Parte de la información requerida en los incisos uno (1) y dos (2) se encuentra en el boleto; si la misma no está clara, favor de llenar solo lo que esté legible.
- El Recurso de Revisión será atendido por la sala del tribunal con competencia, entiéndase el tribunal o centro judicial correspondiente, según el lugar donde fue expedido el boleto objeto del recurso.
- La vista de recurso de revisión se atenderá de manera virtual mediante el sistema de videoconferencias. Deberá notificar al Tribunal si no posee el equipo necesario para celebrar la videoconferencia.
- Una vez tenga el número de presentación que le asigne el tribunal, deberá remitir una copia al Departamento de Salud · Oficina de Investigaciones · PO Box 70184 · San Juan, PR 00936-8184.

Comparece ante este Tribunal el (la) Recurrente  por derecho propio  representado(a) por su abogado(a) que suscribe, y respetuosamente, expone, alega y solicita:

1. El (La) Recurrente es afectado(a) por la notificación de multa administrativa boleto número \_\_\_\_\_.
2. La multa administrativa fue expedida en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ por, (Municipio) (fecha)  
Nombre del (de la) Funcionario(a) que emitió la multa: \_\_\_\_\_,  
Identificación o Número de placa: \_\_\_\_\_,  
Agencia a la que pertenece el (la) Funcionario(a): \_\_\_\_\_,  
Unidad o Cuartel: \_\_\_\_\_.
3. La multa administrativa fue expedida por una alegada violación a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Artículo \_\_\_\_ del Reglamento Núm. 9210 del del Departamento de Salud.
4. Los fundamentos en que se apoya esta solicitud de revisión, de la multa impuesta de violación al Reglamento Núm. 9210 del Departamento de Salud, son los siguientes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Reconozco que las notificaciones del Tribunal con respecto al caso de epígrafe serán remitidas a través de mi correo electrónico a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Además, la vista de Recurso de Revisión será celebrada mediante videoconferencia, salvo que expresamente notifique al Tribunal, por escrito, que no poseo el equipo necesario para comparecer de manera remota.

Nombre del (de la) recurrente o del (de la) abogado(a)	Firma del (de la) recurrente o del (de la) abogado(a)
	(Correo Electrónico)
(Dirección Postal)	(Número de teléfono)
(Número de RUA)	

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA**

Se señala la vista de Recurso de Revisión.

La Vista se celebrará de manera: <input type="checkbox"/> por videoconferencia <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> presencial <sup>2</sup>	Fecha: _____ Hora: _____ (d/m/a)	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------------------------------

<sup>1</sup>Por videoconferencia: las partes recibirán un correo electrónico con las instrucciones específicas que deberán seguir para comparecer mediante videoconferencia. La videoconferencia es el equivalente a una vista presencial en el tribunal por lo que los (las) abogados(as) y partes deberán observar las normas de comportamiento y rigor en la discusión de los asuntos con la solemnidad y formalidad acostumbrada. De tener alguna pregunta puede comunicarse con la línea de apoyo de la Oficina de Educación y Relaciones con la Comunidad de la Oficina de Administración de los Tribunales al (787) 641-6263. Para asistencia técnica podrá comunicarse al (787) 641-6225.

<sup>2</sup>Presencial: De citarse la vista de manera presencial, deberá presentarse en el Tribunal de Primera Instancia, Sala de \_\_\_\_\_ en la fecha y hora indicada.

Certifico que: he notificado la presente citación a la parte recurrente, mediante correo electrónico o Dirección Postal.

Al Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico a:

Correo electrónico: [jesus.hernandez2@salud.pr.gov](mailto:jesus.hernandez2@salud.pr.gov) , [miguel.verdiales@salud.pr.gov](mailto:miguel.verdiales@salud.pr.gov)

Dirección Postal: Oficina de Investigaciones  
 PO Box 70184  
 San Juan, PR 00936-8184

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre del (de la) Secretario(a) Regional	Por: Nombre del (de la)
	Firma del (de la)