

**PINELLAS COUNTY SHERIFF'S OFFICE
FORMA PARA AVISARLE SUS DERECHOS
(RIGHTS ADVISEMENT FORM)**

FECHA/DATE: _____

HORA/TIME: _____

INVESTIGADOR/INVESTIGATOR _____

NUMERO DE OFENSA/OFFENSE NUMBER _____

Yo soy _____ del Condado de Pinellas de la Oficina
(Deputy/Detective Name)
Del Sheriff.

Q. Por favor declare su nombre, su edad y su dirección.
A. _____

Q. Entiende que usted tiene el derecho de quedarse callado?
A. _____

Q. Entiende que cualquier cosa que usted diga se puede usar y se usara en contra de usted en el juzgado?
A. _____

Q. Entiende que usted tiene el derecho de hablar con un abogado y de pedirle que este presente mientras lo interrogamos a usted?
A. _____

Q. Usted entiende que en el caso de que no tuviera suficientes recursos para contratar una abogada se le puede designar uno para que lo represente? Se le preguntara si lo desea.
A. _____

Q. Entiende que usted puede decidir cuando quiera ejercer estos derechos y que no tiene que contestar ningunas preguntas ni hacer ningunas declaraciones?
A. _____

Q. Entiende usted cada uno de estos derechos que le he explicado?
A. _____

Q. Teniendo en cuenta estos derechos, quiere usted hablar con nosotros ahora?
A. _____

Testigo/Witness

Firma/Signature

Testigo/Witness

Firma/Signature