

**The Superior Court of California,  
County of Kern**



**Family Court Services**  
1215 Truxtun Ave., 3<sup>rd</sup> Floor, Room 301  
Bakersfield, CA 93301  
Telephone: (661) 610-6700  
Fax: (661) 688-7412  
Email: [FCS@kern.courts.ca.gov](mailto:FCS@kern.courts.ca.gov)

## **CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE CUSTODIA DE MENORES**

### **INSTRUCCIONES:**

Cuando el Tribunal de Familia envía un caso a Family Court Services para que realice una investigación sobre la custodia de menores, el cuestionario adjunto debe completarse y entregarse a Family Court Services dentro de diez (10) días o dentro del límite de tiempo fijado por el tribunal.

La investigación no se podrá iniciar hasta que **todas las partes** en el caso hayan presentado los cuestionarios.

Igualmente, no se podrá realizar la investigación sin la completa cooperación de los padres y se requiere que estén disponibles junto con los menores, para ser entrevistados ya sea en la oficina o en el hogar.

Cuando Family Court Services recibe una orden del Tribunal de Familia para realizar una investigación de custodia de menores, el Tribunal investiga la situación económica de los padres y si se determina que tienen la capacidad económica para pagar el costo de la investigación, el Tribunal podrá expedir una orden requiriendo que los padres reembolsen al Tribunal los costos de la investigación.

## **Consentimiento para la Evaluación de Custodia de Menores**

El Tribunal Superior de California, del Condado de Kern, ha referido su caso a Family Court Services para que un profesional de salud mental lleve a cabo una evaluación. El Tribunal quiere considerar los factores que afecten la salud, seguridad, bienestar e intereses de los menores en el caso antes de expedir órdenes para su familia.

### **1) Proceso de la Evaluación**

Un/una investigador/a de Family Court Services obtendrá información de diferentes fuentes, incluyendo entidades de las fuerzas del orden público, documentos financieros y entidades, servicios de protección de menores, escuelas, expedientes del Departamento de Vehículos Motorizados al igual que nuestras propias observaciones de usted, sus hijos y otras personas involucradas en el caso. Nuestra evaluación no hace uso de exámenes psicológicos. Hablaremos con personas cuyas opiniones e información sean pertinentes a este caso. Igualmente, le pediremos a usted firmar un documento el cual permitirá el acceso a información médica, legal, escolar o cualquier otra información relacionada a los asuntos que se están investigando. La autorización para obtener información también permitirá a otras personas proveer cualquier información que sea necesaria. Cada uno de estos pasos se ha diseñado para ayudarnos a entender clara y completamente todas las cuestiones que el Tribunal nos ha pedido investigar.

### **2) Fuentes Secundarias de Información**

Generalmente llamaremos a profesionales con quien usted haya tratado que nos puedan proporcionar la información necesaria sobre usted o sus hijos. Generalmente estas fuentes secundarias de información pueden incluir a maestros, guarderías, agentes de las fuerzas del orden público, pediatras y otros médicos y terapeutas. Es posible que también se incluya a otros. Si se le ha ordenado participar en un programa de exámenes para determinar el uso de drogas o en un programa de control personal, es muy probable que nos comuniquemos con esas fuentes. No es muy probable que entrevistemos a todas las fuentes secundarias de información que se recomienden. Generalmente llamamos solamente a esas fuentes secundarias profesionales que creemos que puedan contribuir algo a la evaluación. Si usted tiene una o dos fuentes secundarias de información que usted piensa son cruciales para nuestra evaluación, por favor infórmenos. También le informaremos a todas las fuentes de información que es posible que el contenido de todas las entrevistas puede ser incluido en nuestro reporte de la evaluación y es posible que tengamos que testificar sobre estos contactos ante el Tribunal.

No es muy probable que entrevistemos a sus amigos o familiares ya que estos individuos generalmente son parciales a uno de los padres. Le recomendamos obtener cartas de amigos o familiares que crea puedan tener información pertinente. Reservamos el derecho de comunicarnos con cualquiera de esos individuos si necesitamos aclarar alguna información que nos hayan proporcionado por escrito.

Es su responsabilidad recoger los documentos originales que haya proporcionado a el/la investigador/a después que haya concluido la evaluación.

### 3) **Confidencialidad**

Muchos padres preguntan si la evaluación es confidencial. En pocas palabras, dentro del proceso no hay confidencialidad. Es posible que compartamos información que nos proporcione uno de los padres con el otro padre o es posible que le hagamos preguntas a uno de ustedes sobre lo que el otro padre, o alguna fuente secundaria de información nos haya dicho. Es posible que le preguntemos a los menores sobre cosas que usted o el otro padre hayan dicho. Le informaremos a los menores que lo que ellos digan no es confidencial, aunque también es posible que le informemos a ustedes, a sus abogados y al Tribunal si pensamos que sería para beneficio de los menores mantener la confidencialidad de la información. La razón por la que la evaluación no es confidencial es para proteger sus derechos de debido proceso de ley y asegurar que podamos aclarar cualquier cuestión que surgiera y obtener la información necesaria para nuestra evaluación y recomendaciones.

Por favor tenga en cuenta que las leyes del estado de California requieren que se reporte a las entidades apropiadas los casos donde exista sospecha razonable de abuso de menores o de ancianos o cualquier intención declarada de lastimar a otra persona y/o el riesgo inminente de lastimarse uno mismo o carecer de la capacidad de poder cuidarse uno mismo.

### 4) **Costos**

El costo de la evaluación se basará en el número de horas que se necesite para realizar la investigación y preparar el reporte a una tasa de \$90.00 por hora además de costos administrativos. Estos costos serán incluidos en el reporte.

Se requieren veinticuatro horas de notificación para cancelar u obtener una nueva cita sin que se le cobre una cuota adicional. Sin la notificación de las veinticuatro horas, el padre que falte a la cita probablemente tendrá que pagar una cuota adicional de \$90.00 por hora. Las ausencias excesivas pueden llevar a la suspensión de la evaluación con notificación al Tribunal sobre la parte de la evaluación que se haya completado.

5) **Recomendaciones**

Se preparará un reporte por escrito y se presentará ante el Tribunal. Recuerde que no importa cuál sea nuestra recomendación, ésta siempre estará basada en nuestro análisis de toda la información obtenida en la investigación y en lo que en nuestra opinión sería lo mejor para el bienestar de los menores. Se le entregará una copia a la parte en el caso que no tenga la representación de un abogado o al abogado directamente si la parte ha contratado uno.

6) **Confidencialidad de el Reporte**

Las leyes del estado de California y los estatutos del Tribunal prohíben la divulgación arbitraria de el reporte. El Tribunal puede imponer una sanción por la divulgación injustificada del reporte. El formulario FL-328 explicando las provisiones para la confidencialidad y quienes pueden tener acceso a este reporte estará anexado a su reporte: este delinea estas leyes y estatutos.

7) **Quejas**

Si usted tiene alguna inquietud o queja sobre el/la investigadora(a) que se asigne a su caso, puede comunicarse con la Supervisora de Family Court Services, Patricia Arredondo, la oficina está localizada en el 1215 Truxtun Avenue, 3rd Floor, Room 301, Bakersfield, CA 93301, (661)610-6700.

8) **Cambios de Residencia o Teléfono**

Usted tiene la responsabilidad de informarnos sobre cualquier cambio de domicilio o número de teléfono. La evaluación se podría suspender si no actualiza su información.

9) **Consentimiento y Autorización**

He leído y entiendo este Consentimiento para la Evaluación de Custodia de menores y expresamente autorizo a que Kern County Superior Court, Family Court Services y sus representantes lleven a cabo una evaluación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

Número de Caso \_\_\_\_\_

## Información Personal

Su nombre legal completo: \_\_\_\_\_

Otros nombres que use o haya usado (incluya su nombre de soltera): \_\_\_\_\_

Su relación a los menores: \_\_\_\_\_

Su dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Su Domicilio: \_\_\_\_\_

Domicilio donde recibe su correo si es diferente de su residencia: \_\_\_\_\_

Si no radica en el condado de Kern, favor de indicar condado donde radica: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono para mensajes: \_\_\_\_\_

Lenguaje preferido: \_\_\_\_\_ Adaptaciones especiales \_\_\_\_\_

**\*\* Favor de notificar a la Oficina de Servicios del Tribunal de Asuntos de Familia cambios de domicilio y teléfono\*\***

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia de conducir o Identificación del estado: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Estado Civil (marque con circulo): Separado/a Divorciado/a Casado/a Soltero/a Viudo/a

Ocupación/Profesión: \_\_\_\_\_ Empleador actual: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador/compañía: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador/compañía: \_\_\_\_\_ Tiempo que ha trabajado allí: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo actual: \_\_\_\_\_ Días de trabajo: \_\_\_\_\_

Marcar con un círculo el último grado escolar completado: 6 7 8 9 10 11 12

¿Graduado/a de la preparatoria? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Escuela preparatoria a la que asistió: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuántos años en la Universidad/Escuela Vocacional?: \_\_\_\_\_ Programa de Estudios: \_\_\_\_\_

Nombre de la última universidad/escuela vocacional a la que asistió: \_\_\_\_\_

¿Se graduó? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Fecha de la graduación: \_\_\_\_\_ Título superior recibido: \_\_\_\_\_

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas?: Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál servicio? \_\_\_\_\_

Fecha que ingresó: \_\_\_\_\_ Fecha que se le dio de baja: \_\_\_\_\_

Tipo de Licenciamiento: Honorable \_\_\_ Por razones Médicas \_\_\_ Otro tipo \_\_\_

**Indique todos sus matrimonios comenzando con el actual o más reciente.**

<b>Nombre del Cónyuge</b>	<b>Fecha de Matrimonio</b>	<b>Fecha de Separación</b>	<b>Fecha del Divorcio</b>	<b>¿Cuántos hijos tienen?</b>

**Indique todos sus hijos:**

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Nombre del padre/la madre</b>	<b>¿Dónde viven?</b>

**Otras personas que viven en el hogar (adultos y menores):**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Relación o parentesco al/ los menor(es)</b>

**Toda persona desde los 18 años de edad debe completar las Páginas de Identificación y de Consentimiento y Autorización al final de este cuestionario.**

**Información Financiera:**

Favor de llenar este formulario completamente. ***No omita ninguna información.*** Esta información se necesita para establecer una cuenta en la oficina de pagos del Tribunal para que usted pueda pagar el costo de esta investigación.

**Ingresos:**

Salario Mensual Neto: \_\_\_\_\_ Fuente de ingresos: \_\_\_\_\_

Salario Neto del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_

Pagos de Manutención a menores \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_

Asistencia Pública (AFDC, Seguro Social, cupones alimenticios): \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Trabajador/a de su Caso \_\_\_\_\_ Otros Ingresos: \_\_\_\_\_

Fuente: \_\_\_\_\_

Total de Ingresos Mensuales de la Familia \_\_\_\_\_

**Vehículos:**

Año	Marca	Modelo	Valor	# de Placas

**Gastos:**

	Balance de la deuda	Pago Mensual
Renta/Pago de la casa		
Pagos de auto		
Cuidado de los niños		
Gas/Luz y teléfono		
Tarjetas de Crédito		
Pagos de Préstamos		
Pagos de Manutención		

**Referencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: Amistad \_\_\_\_\_ Pariente \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Se debe completar solamente por los padres. Si necesita más espacio favor de añadir otras páginas al cuestionario.)

## Historial Médico

Indique todas sus enfermedades o incapacidades y medicamentos que toma regularmente:

---

---

## Historial de Salud Mental

Nombre del Médico/Terapeuta	Domicilio	Razón por la Terapia	¿Cuándo?

## Historial de Consumo de Alcohol

¿Ha consumido usted alcohol alguna vez? Sí\_\_ No\_\_ **\*\*Si lo ha consumido, conteste las siguientes preguntas\*\***

¿Qué clase(s) de alcohol toma usted? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia toma usted alcohol? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía cuando tomó su primera bebida? \_\_\_\_\_

¿El consumo de alcohol le ha causado perder un empleo? Sí\_\_ No\_\_

¿El consumo de alcohol le ha causado arrestos? Sí\_\_ No\_\_

¿El hecho que usted toma ha causado algún problema entre usted y su familia o amigos?  
Sí\_\_ No\_\_

## Historial de Consumo de Drogas

¿Ha consumido usted drogas en alguna ocasión? Sí\_\_ No\_\_ ¿En alguna ocasión ha abusado de medicamentos recetados? Sí\_\_ No\_\_

**\*\*Si ha respondido que sí, contestar las siguientes preguntas\*\***

Droga	Frecuencia de uso	Su edad la primera vez	Fecha de último uso

¿Ha perdido usted un empleo debido al uso de drogas? Sí\_\_ No\_\_ ¿Ha sido arrestado/a debido al uso de drogas? Sí\_\_ No\_\_

¿El hecho que usted use drogas ha causado algún problema entre usted y su familia o amigos?  
Sí\_\_ No\_\_

## Historial de Arrestos

¿Ha sido arrestado/a en alguna ocasión? Sí\_\_ No\_\_ \*\* Si ha sido arrestado/a conteste las siguientes preguntas\*\*

Fecha	Cargos	Entidad que lo/la arrestó	¿Fue condenado/a?	
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No

## Historial de Contactos con Servicios de Protección de Menores

¿Ha sido usted investigado/a por los Servicios de Protección de Menores en alguna ocasión?  
Sí\_\_No\_\_

**\*\*Si ha sido investigado/a, conteste las siguientes preguntas\*\***

Fecha	¿Cuál fue el problema / Situación?

## Situación de Vivienda

Número de personas que viven en su residencia actual:\_\_\_\_\_Número de recámaras:\_\_\_\_\_

Cuánto tiempo ha vivido usted en su residencia actual: \_\_\_\_\_

Renta\_\_\_\_\_ Está comprando\_\_\_\_ Es dueño/a \_\_\_\_\_

**Indique todos los domicilios donde haya vivido en los últimos tres años:**

Domicilio	Fecha de cambió	Razón por haberse cambiado

## Preguntas para los Padres

Describe sus cualidades positivas como padre/madre de los menores.

---

---

---

---

---

Describe sus puntos débiles como padre/madre de los menores.

---

---

---

---

## La Situación Actual de la Custodia de los Menores

¿Tiene una orden judicial para la custodia de los menores? **Sí** **No**

Fecha que se expidió la orden judicial: \_\_\_\_\_

¿Es la orden judicial de la custodia de los menores provisional? **Si** **No**

¿Cuántas veces se ha presentado usted ante el tribunal por el asunto de la custodia de los menores? \_\_\_\_\_

Describe la situación actual de la custodia de los menores:

---

---

---

---

---

¿Cómo le gustaría compartir la crianza de los menores con el padre/madre?

---



---



---



---



---



---



---



---

## Información sobre el padre/la madre de los menores

Indique las cualidades positivas del padre/de la madre de los menores

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## Inquietudes sobre el padre/la madre de los menores (marcar todo lo que aplique)

<b>Nivel de Cooperación</b>	No es problema	No se comunica	No cumple	Acoso / Hostigamiento
<b>Habilidad como padre</b>	No es problema	No disciplina	Demasiado estricto/a	Carece de destrezas como padre de familia
<b>Maltrato de los menores</b>	No es problema	Descuido	Maltrato físico	Abuso sexual
<b>Hostilidad</b>	No es problema	Frecuentes peleas verbales entre los padres	Maltrato verbal o emocional por el padre/madre contra usted	Abuso físico o sexual por el padre/madre contra usted
<b>Apego/cariño a los menores</b>	No es problema	Padre/madre no conoce bien al menor	Niño(a)/padre/madre pasan el tiempo mínimo juntos	No hay vínculo emocional entre padre/madre y el menor
<b>Abuso de drogas o alcohol</b>	No es problema	Hay problemas debido al consumo	Embriaguez frecuente	adicto/a o alcohólico/a

## Historial de Arrestos

¿El padre/la madre ha sido arrestado/a alguna vez? **Sí** **No**

**\*\*Si ha sido arrestado/a, conteste las siguientes preguntas\*\***

Fecha	Cargos	Entidad que lo/a arrestó	¿Fue condenado/a?

## Historial de Contactos con Servicios de Protección de Menores

¿Ha sido investigado(a) el padre/la madre por los Servicios de Protección de Menores alguna vez? **Sí** **No**

**\*\*Si ha sido investigado/a, conteste las siguientes preguntas\*\***

Fecha	Problema / Situación

Para hacer la mejor recomendación posible al Tribunal sobre su familia, es necesario tener toda la información que sea posible sobre su relación con cada uno de sus hijos. Por esa razón, le pedimos que complete las páginas 13-14 **para cada menor en el caso**. Haga fotocopias de estas páginas si es necesario. Conteste las preguntas lo mejor que pueda.

### Questionario Sobre los menores

Nombre de su hijo/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Grado escolar: \_\_\_\_\_

Maestro/a \_\_\_\_\_ Número De salón: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a en un programa de educación especial? Sí No

Si lo está, Incapacidad \_\_\_\_ RSP \_\_\_\_ Clase Día Especial \_\_\_\_

Médico de su hijo/a: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Indique todos los problemas médicos \_\_\_\_\_

Indique todas la medicinas o tratamientos que el/la menor está recibiendo \_\_\_\_\_

Terapeuta del/de la menor (si aplica a su situación) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Actividades extracurriculares del niño/a: \_\_\_\_\_

Cuénteme de este niño/a.

---

---

---

---

---

¿Qué clase de problemas tiene su hijo/a? (Social, emocional, intelectual, físico)

---

---

---

¿Qué ha hecho usted para tratar de ayudar a su hijo/a con estos problemas?

---

---

---

¿Cómo resuelven problemas en su familia?

---

---

---

Describa cualquier interés especial y/o actividades que usted y su hijo/a comparten.

---

---

---

Que disciplina funciona con su hijo/a?

---

---

---

¿Cómo se beneficiaría el / la menor si hubiera un cambio en la manera como usted comparte el tiempo de crianza o de visitas con el padre/madre?

---

---

---

---

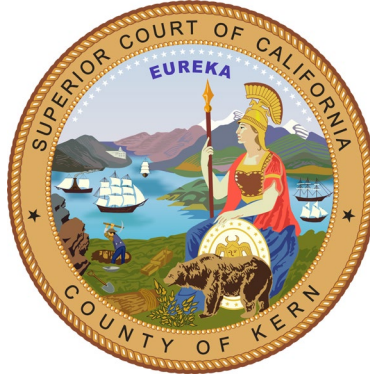
---

---

---

---

The Superior Court of California,  
County of Kern



**Family Court Services**  
1215 Truxtun Ave. 3<sup>rd</sup> Floor, Room 301  
Bakersfield, CA 93301  
Telephone: (661) 610-6700  
Fax: (661) 688-7412  
Email: FCS@kern.courts.ca.gov

## AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN PERSONAL

Yo \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

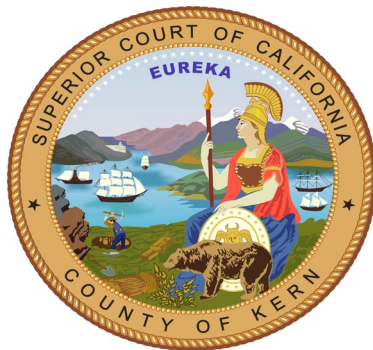
**Autorizo a cualquier entidad pública, individuo, empleador actual o pasado, médico, psicólogo, terapeuta, hospital, distrito escolar público o privado (incluyendo a los maestros) que tenga en su posesión alguna información sobre mí o sobre los menores incluidos en esta investigación, incluyendo información psiquiátrica o confidencial, a proporcionar la misma (incluyendo copias) al Tribunal Superior por medio de su debidamente nombrado investigador/a para que el Tribunal la use para aquellos fines que encuentre convenientes. Entiendo que Family Court Services obtendrá mi historial criminal y del Departamento de Protección de menores durante esta evaluación.**

**Una copia de esta autorización tendrá el mismo valor que el original.**

**Esta Autorización Para Proporcionar Información Personal quedará en vigencia por un año a partir de la fecha que se firma salvo que por algún motivo la misma quede revocada antes de que se cumpla ese plazo.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_



## RELEASE OF INFORMATION

### For Parent/Caregiver

I, \_\_\_\_\_, as \_\_\_\_\_  
Print name Relationship to child

specifically authorize any public agency, private person, employer or past employer, medical doctor, psychologist, treating therapist, hospital, public or private school districts (including teacher) possessing information about me or the minor child(ren), including psychiatric information, confidential or otherwise, to release same (including copies) to the Superior Court through its duly appointed Court Mediator/Investigator, such information to be used as the Court may deem fit and proper. I understand that Family Court Services will conduct a criminal and Child Protective Services' background check on me in the course of this investigation.

A copy of this release shall be as valid as the original.

This release shall remain in effect for one year from this date unless otherwise revoked.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

## Información Personal De Los Adultos

Toda persona desde los 18 años de edad que viva en el hogar debe completar estas dos páginas al igual que la Autorización Para Proporcionar Información Personal

Su nombre legal completo: \_\_\_\_\_

Otros nombres que use o haya usado (incluya su nombre de soltera): \_\_\_\_\_

Su relación a los menores: \_\_\_\_\_

Su dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Su Domicilio: \_\_\_\_\_

Domicilio donde recibe su correo si es diferente al de arriba: \_\_\_\_\_

Si no radica en el condado de Kern, favor de indicar condado donde radica: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono para recados: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Licencia de conducir o Identificación del estado: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Estado Civil    Separado/a    Divorciado/a    Casado/a    Soltero/a    Viudo/a  
(marcar con un círculo)

Ocupación/Profesión: \_\_\_\_\_ Empleador actual: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador/compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador/compañía: \_\_\_\_\_ Tiempo que ha trabajado allí: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo actual: \_\_\_\_\_ Días de trabajo: \_\_\_\_\_

Marcar con un círculo el último grado escolar completado: 6 7 8 9 10 11 12

¿Graduado/a de la preparatoria? Sí\_\_ No\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Escuela preparatoria a la que asistió: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código postal: \_\_\_\_\_

¿Cuántos años en la Universidad/Escuela Vocacional?: \_\_\_\_\_ Programa de Estudios: \_\_\_\_\_

Nombre de la última universidad/escuela vocacional a la que asistió: \_\_\_\_\_

¿Se graduó? Sí\_\_ No\_\_ Fecha de la graduación: \_\_\_\_\_ Título recibido: \_\_\_\_\_

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas?: Sí\_\_ No\_\_ ¿Cuál servicio? \_\_\_\_\_

Fecha que ingresó: \_\_\_\_\_ Fecha que se le dio de baja: \_\_\_\_\_

Tipo de Licenciamiento: Honorable\_\_ Por razones Médicas\_\_ Otro tipo\_\_

## INFORMACIÓN PERSONAL DE LOS ADULTOS

Indique todos sus matrimonios comenzando con el actual o el último.

Nombre del cónyuge	Fecha de Matrimonio	Fecha de Separación	Fecha de Divorcio	¿Cuántos hijos tienen?

Indique todos sus hijos:

Nombre	Edad	Nombre del padre/ la madre	¿Dónde vive su hijo/a?

### Historial Médico:

Indique todas sus enfermedades o incapacidades y medicamentos que toma regularmente:

---



---

### Historial de Salud Mental

Nombre del Médico/Terapeuta	Domicilio	Razón por la Terapia	¿Cuándo?

### Historial de Consumo de Alcohol

¿Ha consumido usted alcohol alguna vez? Sí\_\_ No\_\_ **\*\*Si lo ha consumido, conteste las siguientes preguntas\*\***

¿Qué clase(s) de alcohol toma usted? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia toma usted alcohol? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía cuando tomó su primera bebida? \_\_\_\_\_

¿El consumo de alcohol le ha causado perder un empleo? Sí\_\_ No\_\_

¿El consumo de alcohol le ha causado arrestos? Sí\_\_ No\_\_

¿El hecho que usted toma ha causado algún problema entre usted y su familia o amigos?  
Sí\_\_ No\_\_

## Historial de Consumo de Drogas

¿Ha consumido usted drogas en alguna ocasión? Sí\_\_\_ No\_\_\_ ¿En alguna ocasión ha abusado de medicamentos recetados? Sí\_\_\_No

**\*\*Si ha respondido que sí, contestar las siguientes preguntas\*\***

Droga	Frecuencia de uso	Su edad la primera vez	Fecha de último uso

¿Ha perdido usted un empleo debido al uso de drogas? Sí\_\_\_ No\_\_\_ ¿Ha sido arrestado/a debido al uso de drogas? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿El hecho que usted use drogas ha causado algún problema entre usted y su familia o amigos? Sí\_\_\_ No\_\_\_

## Historial de Arrestos

¿Ha sido arrestado/a en alguna ocasión? Sí\_\_\_ No\_\_\_ Si ha sido arrestado/a, conteste las siguientes preguntas.

Fecha	Cargos	Entidad que lo/la arrestó	¿Fue condenado/a?	
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No

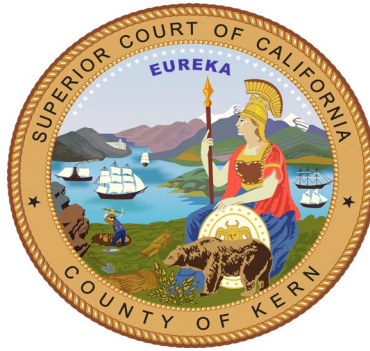
## Historial de Contactos con Servicios de Protección de Menores

¿Ha sido usted investigado/a por los Servicios de Protección de Menores en alguna ocasión? Sí\_\_\_No\_\_\_

Si ha sido investigado/a, contestar las siguientes preguntas.

Fecha	Problema / Situación

The Superior Court of California,  
County of Kern



**Family Court Services**  
1215 Truxtun Ave. 3<sup>rd</sup> Floor, Room 301  
Bakersfield, CA 93301  
Telephone: (661) 610-6700  
Fax: (661) 688-7412  
Email: FCS@kern.courts.ca.gov

## AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN PERSONAL

Yo \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

**Autorizo a cualquier entidad pública, individuo, empleador actual o pasado, médico, psicólogo, terapeuta, hospital, distrito escolar público o privado (incluyendo a los maestros) que tenga en su posesión alguna información sobre mí o sobre los menores incluidos en esta investigación, incluyendo información psiquiátrica o confidencial, a proporcionar la misma (incluyendo copias) al Tribunal Superior por medio de su debidamente nombrado investigador/a para que el Tribunal la use para aquellos fines que encuentre convenientes. Entiendo que Family Court Services obtendrá mi historial criminal y del Departamento de Protección de Menores durante esta evaluación.**

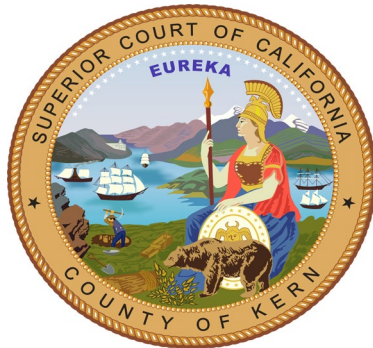
**Una copia de esta autorización tendrá el mismo valor que el original.**

**Esta Autorización Para Proporcionar Información Personal quedará en vigencia por un año a partir de la fecha que se firma salvo que por algún motivo la misma quede revocada antes de que se cumpla ese plazo.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_



## RELEASE OF INFORMATION For Parent/Caregiver

I, \_\_\_\_\_, as \_\_\_\_\_  
Print name Relationship to child

specifically authorize any public agency, private person, employer or past employer, medical doctor, psychologist, treating therapist, hospital, public or private school districts (including teacher) possessing information about me or the minor child(ren), including psychiatric information, confidential or otherwise, to release same (including copies) to the Superior Court through its duly appointed Court Mediator/Investigator, such information to be used as the Court may deem fit and proper. I understand that Family Court Services will conduct a criminal and Child Protective Services' background check on me in the course of this investigation.

A copy of this release shall be as valid as the original.

This release shall remain in effect for one year from this date unless otherwise revoked.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

