



STATE OF CALIFORNIA
MADERA SUPERIOR COURT
Family Court Services
200 South G Street
Madera, CA 93637

N.º DE TELÉFONO: (559) 416-5560

N.º DE FAX: (559) 673-8216

**INVESTIGACIÓN/CUESTIONARIO DE
CUSTODIA DE MENORES**

N.º DE FCS: _____

N.º DE CASO: _____

SIGUIENTE FECHA EN EL TRIBUNAL: _____

NOTA: SE DEBE PAGAR LA TARIFA DE INVESTIGACIÓN DE \$600.00 POR CADA PADRE EL DÍA DE LA CITA

¿Su dirección es confidencial para la otra parte? SÍ ☐ NO ☐

SECCIÓN 1: SU INFORMACIÓN

NOMBRE (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):		NOMBRE DE SOLTERA:	OTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE:
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO:	
N.º DE TELÉFONO DE CASA:		N.º DE TELÉFONO CELULAR:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:
DIRECCIÓN POSTAL:		N.º DE SEGURO SOCIAL:	N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO:
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? AÑOS: _____ MESES: _____
DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO: (ES IMPORTANTE QUE INCLUYA DÓNDE RECIBE LA CORRESPONDENCIA)			

SECCIÓN 2: INQUIETUDES Y PROPUESTAS

- ¿Cuáles son las **tres preocupaciones más importantes** que le gustaría abordar con los Servicios del Tribunal Familiar? _____

- ¿Hay una orden del tribunal vigente? ☐ Sí ☐ No
- Ya sea que exista una orden del tribunal o no**, responda las siguientes preguntas sobre la situación actual:
 - En este momento, ¿quién toma las decisiones sobre la salud, la educación y el bienestar de los niños? _____
 - En este momento, ¿con quién viven los niños? _____
 - En este momento, ¿cuándo pasan tiempo los niños con cada padre? _____

- ¿Quiere cambiar cómo son las cosas ahora? ☐ Sí ☐ No SI RESPONDE SÍ, responda lo siguiente:
 - Quiero cambiar quién toma las decisiones sobre la salud, la educación y el bienestar de los niños a: _____
 - Quiero cambiar con quién viven los niños a: _____

 - Quiero cambiar el tiempo que los niños pasan con cada padre a: _____

5. Si desea que cambie el plan de crianza actual, ¿cómo beneficiarían a los niños los cambios propuestos?

SECCIÓN 3: CONTACTO CON LOS TRIBUNALES Y OTRAS AGENCIAS DEL ESTADO

A. TRIBUNAL PENAL

1. Enliste todos **SUS** arrestos en los últimos 10 años:

Fecha de arresto: Cargos: Agencia de aplicación de la ley: Resultado:

2. Alguna vez le ordenaron a usted en un tribunal asistir a:

- ☐ ¿Programa de intervención para agresores? ☐ ¿Tratamiento de drogas? ☐ ¿Control de la ira?
☐ ¿Consejería?

3. ¿Está actualmente en libertad condicional? ☐ Sí ☐ No SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique el nombre, la ubicación y el número de teléfono de su oficial de libertad condicional: _____

4. ¿Alguien más que vive actualmente en su hogar ha sido arrestado o ha recibido condenas penales? ☐ Sí ☐ No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique las fechas de los arrestos, los cargos y los resultados de todos: _____

5. ¿Alguna vez el **OTRO** padre ha sido arrestado? ☐ Sí ☐ No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique las fechas de los arrestos, los cargos y los resultados: _____

6. ¿Alguien más que vive actualmente en el hogar del otro padre ha sido arrestado o ha recibido condenas penales?
☐ Sí ☐ No SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique las fechas de los arrestos, los cargos y las disposiciones: _____

B. SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL

1. ¿Alguna vez los Servicios de Protección Infantil han recibido un informe sobre usted, el otro padre o sus hijos?
☐ Sí ☐ No SI LA RESPUESTA ES SÍ, responda las siguientes preguntas:

Fecha de investigación: Inquietudes/Alegatos: Resultado de la investigación:

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE SU NOVIO, NOVIA O CÓNYUGE ACTUAL:						
Nombre completo:		Fecha de nacimiento:		N.º de seguro social:		
Otros nombres utilizados:		N.º de licencia de conducir/del estado:		Fecha en que comenzó la relación:		
Número de teléfono de casa:		Número de teléfono celular:		Ocupación:		
Empleador actual:		N.º de teléfono del empleador:		Días/horas trabajados:		
SECCIÓN 5: INFORMACIÓN SOBRE TODOS LOS NOVIO/NOVIAS ANTERIORES O CÓNYUGES						
Nombre:	Fecha en que la relación inició:	Fecha en que la relación terminó:	Fecha de nacimiento:	N.º de seguro social:	Última dirección conocida:	
SECCIÓN 6: EDUCACIÓN Y EMPLEO						
A. Nivel de educación: Indique el grado o nivel de educación más alto que completó:						
Diploma de Desarrollo Educativo General (General Educational Development Test, GED) ☐						
Graduado de escuela preparatoria ☐ Tomó cursos universitarios ☐ Graduado de la universidad ☐ Trabajo de posgrado ☐						
1. ¿Está trabajando actualmente? ☐ Sí ☐ No						
2. SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuál es su ocupación, nombre del empleador, número de teléfono y dirección del empleador? _____						
3. ¿Cuánto tiempo ha estado con su empleador actual? Años: _____ Meses: _____						
4. Días y horas de trabajo actuales (indique a qué hora comienza a trabajar y a qué hora termina de trabajar cada día):						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
5. Indique su historial de empleo en los últimos 5 años:						
Fechas de empleo:	Nombre del empleador:	N.º de teléfono:	Ocupación:	Motivo de la salida:		
6. ¿Quién cuida a los niños mientras usted no está disponible? Proporcione sus nombres y números de teléfono:						
SECCIÓN 7: HISTORIAL DE SALUD MENTAL						
1. ¿Ha estado alguna vez en consejería o terapia? ☐ Sí ☐ No						
SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique en orden cronológico (por año) los terapeutas, consejeros, clérigos o consejeros matrimoniales a los que ha acudido:						
Fecha:	Nombre del médico/terapeuta:	Dirección postal completa:		N.º de teléfono:		

¿Alguna vez ha sido hospitalizado para recibir tratamiento psiquiátrico? ☐ Sí ☐ No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique los hospitales o clínicas a los que asistió y las fechas de tratamiento:

Fecha:	Nombre del hospital:	Dirección postal completa:	N.º de teléfono:

2. ¿Ha tomado alguna vez medicamentos psiquiátricos? ☐ Sí ☐ No (por ejemplo, para la depresión, la ansiedad, etc.)

SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique los nombres de todos los medicamentos y el nombre, número de teléfono y

dirección postal completa del médico que recetó el medicamento: _____

3. ¿El otro padre ha estado alguna vez en consejería/terapia o ha sido hospitalizado para recibir tratamiento

psiquiátrico? ☐ Sí ☐ No SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique el nombre del terapeuta, la agencia o el hospital

que brindó los servicios y las fechas del tratamiento: _____

4. ¿El otro padre alguna vez ha tomado medicamentos psiquiátricos? ☐ Sí ☐ No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique los nombres de todos los medicamentos y el nombre, número de teléfono y

dirección postal completa del médico que recetó el medicamento: _____

SECCIÓN 8: HISTORIAL DE ABUSO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS

1. ¿Qué tipos de alcohol bebe? _____

2. ¿Con qué frecuencia bebe? _____

3. ¿Su consumo de alcohol ha sido alguna vez un problema entre usted y su familia o amigos? ☐ Sí ☐ No

4. ¿Está usted actualmente en o alguna vez ha recibido tratamiento por abuso de alcohol? ☐ Sí ☐ No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, marque todos los tratamientos que correspondan:

☐ Consejería/terapia ☐ Desintoxicación ☐ Rehabilitación como paciente interno

☐ Rehabilitación como paciente externo ☐ AA/NA

5. Si marcó una casilla, indique en orden cronológico el nombre del terapeuta/agencia/hospital utilizado:

Fecha:	Terapeuta/hospital:	Dirección postal completa:	Número de teléfono:

6. Historial de consumo de drogas:

Nombre de la droga:	Con qué frecuencia:	Edad del primer uso:	Fecha del último uso:

7. Historial de uso de medicamentos recetados:

Nombre del medicamento y n.º miligramos:	Frecuencia de toma:	Médico que hizo la receta:	Número de teléfono del médico:

¿Tiene una tarjeta de marihuana medicinal? ☐ Sí ☐ No Fecha de vencimiento: _____

¿Alguna vez ha perdido su trabajo a causa de las drogas o el alcohol? ☐ Sí ☐ No

¿Su consumo de drogas ha sido alguna vez un problema entre usted y su familia y amigos? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez un tribunal ha ordenado que se haga una prueba de drogas? ☐ Sí ☐ No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, cuándo: _____

¿Los resultados de las pruebas de drogas fueron positivos? ¿Para qué drogas? _____

SECCIÓN 9: INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS

NOMBRE DEL NIÑO N.º 1: _____

¿Con quién vive? _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: ____ Grado: ____

Nombre de la escuela/guardería: _____

Dirección de la escuela/guardería: _____

N.º de teléfono de la escuela/guardería: _____

Nombre del maestro/proveedor de guardería: _____

Nombre del director: _____

Nombre del pediatra: _____

Dirección del pediatra: _____

N.º de teléfono del pediatra: _____

- ¿Actualmente el niño tiene problemas físicos o emocionales? ☐ Sí ☐ No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuál es el problema?

- ¿Está el niño actualmente en consejería individual o en un grupo de niños de padres divorciados? ☐ Sí ☐ No

Nombre del profesional/agencia: _____

N.º de teléfono/dirección del terapeuta: _____

NOMBRE DEL NIÑO N.º 3: _____

¿Con quién vive? _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: ____ Grado: ____

Nombre de la escuela/guardería: _____

Dirección de la escuela/guardería: _____

N.º de teléfono de la escuela/guardería: _____

Nombre del maestro/proveedor de guardería: _____

Nombre del director: _____

Nombre del pediatra: _____

Dirección del pediatra: _____

N.º de teléfono del pediatra: _____

- ¿Actualmente el niño tiene problemas físicos o emocionales? ☐ Sí ☐ No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuál es el problema?

- ¿Está el niño actualmente en consejería individual o en un grupo de niños de padres divorciados? ☐ Sí ☐ No

Nombre del profesional/agencia: _____

N.º de teléfono/dirección del terapeuta: _____

NOMBRE DEL NIÑO N.º 2: _____

¿Con quién vive? _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: ____ Grado: ____

Nombre de la escuela/guardería: _____

Dirección de la escuela/guardería: _____

N.º de teléfono de la escuela/guardería: _____

Nombre del maestro/proveedor de guardería: _____

Nombre del director: _____

Nombre del pediatra: _____

Dirección del pediatra: _____

N.º de teléfono del pediatra: _____

- ¿Actualmente el niño tiene problemas físicos o emocionales? ☐ Sí ☐ No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuál es el problema?

- ¿Está el niño actualmente en consejería individual o en un grupo de niños de padres divorciados? ☐ Sí ☐ No

Nombre del profesional/agencia: _____

N.º de teléfono/dirección del terapeuta: _____

NOMBRE DEL NIÑO N.º 4: _____

¿Con quién vive? _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: ____ Grado: ____

Nombre de la escuela/guardería: _____

Dirección de la escuela/guardería: _____

N.º de teléfono de la escuela/guardería: _____

Nombre del maestro/proveedor de guardería: _____

Nombre del director: _____

Nombre del pediatra: _____

Dirección del pediatra: _____

N.º de teléfono del pediatra: _____

- ¿Actualmente el niño tiene problemas físicos o emocionales? ☐ Sí ☐ No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuál es el problema?

- ¿Está el niño actualmente en consejería individual o en un grupo de niños de padres divorciados? ☐ Sí ☐ No

Nombre del profesional/agencia: _____

N.º de teléfono/dirección del terapeuta: _____

SECCIÓN 10: SU OPINIÓN SOBRE EL OTRO PADRE

1. ¿De qué manera el otro padre demuestra que es un buen padre?

2. ¿De qué manera el otro padre demuestra que **no** es un buen padre? _____

3. ¿Qué responsabilidades de crianza tenía cada padre en el pasado? _____

4. ¿Cómo es la relación del otro padre con cada niño? (Por ejemplo: ¿Es cercana? ¿Tensa? ¿Ninguna? ¿Necesita mejorar?) _____

5. ¿La relación del otro padre con cada niño ha cambiado con el tiempo? ¿Cómo ha cambiado? _____

6. ¿Qué debe hacer el otro padre para ser un mejor padre? _____

SECCIÓN 11: SU RELACIÓN CON CADA NIÑO *(se adjuntan páginas adicionales si hay más de un menor)*

1. Describa a cada niño (marque y encierre en un círculo las opciones que correspondan):
 - a. Nivel de actividad: ☐ energía alta ☐ energía baja
 - b. Atención: ☐ puede concentrarse ☐ se distrae fácilmente
 - c. Nivel de intensidad cuando está molesto: ☐ reacciona dramáticamente ☐ se vuelve silencioso
 - i. Tiene hambre o se cansa: ☐ en momentos predecibles ☐ en momentos impredecibles
 - ii. Respuesta a la estimulación: ☐ se sobresalta fácilmente con los sonidos ☐ permanece en calma
 - iii. Apetito: ☐ quisquilloso para comer ☐ come de todo
 - iv. Adaptabilidad: ☐ aborda nuevas situaciones con facilidad ☐ le lleva mucho tiempo sentirse cómodo
 - a. Cuando se enfrenta a obstáculos (ejemplo: armar un rompecabezas):
☐ el niño es paciente ☐ el niño se da por vencido fácilmente
 - b. Estado de ánimo en general: ☐ el niño es positivo y feliz ☐ el niño se enfoca en lo negativo
2. ¿Qué hace bien cada niño? *(se adjuntan páginas adicionales si hay más de 1 niño y si se necesita más espacio para la respuesta)*

3. ¿Qué tipo de problemas tiene cada niño (sociales, emocionales, intelectuales)? *(se adjuntan páginas adicionales para su respuesta)*

4. ¿Qué ha hecho para tratar de ayudar a cada niño con estos problemas? _____

5. Describa los intereses o las actividades especiales que usted y cada niño comparten: _____

6. ¿Qué tipo de disciplina funciona con cada niño? _____

7. Cuando usted y cada niño hablan sobre el otro padre, ¿qué dicen? _____

SECCIÓN 12: SUS ANTECEDENTES FAMILIARES Y OTRA INFORMACIÓN

1. ¿Cuáles son/fueron los nombres y ocupaciones de sus padres/padrastros? _____

2. ¿Cómo se llaman sus hermanos? ¿Qué lugar ocupa en el orden de nacimiento? _____

3. ¿Quién vivió con usted mientras crecía? ¿Qué papel tuvieron en su vida? _____

4. ¿Cuál fue la calidad de la relación de sus padres, entre ellos, mientras crecía? ¿Cómo es ahora? _____

5. ¿Sus padres se divorciaron? De ser así, ¿con quién vivía? ¿Qué efecto tuvo el divorcio en usted? _____

6. ¿Hubo algún problema en el hogar mientras crecía, como abuso de sustancias o problemas de salud mental? _____

7. ¿Cómo es su relación actual con cada uno de sus hermanos? (Por ejemplo: ¿Es cercana? ¿Tensa? ¿Ninguna? ¿Necesita mejorar?) _____

8. ¿Qué problemas, si los hubo, experimentó durante su edad adulta temprana en la escuela, con sus compañeros, con el abuso de sustancias o la salud mental? _____

9. ¿Cuál fue el papel de crianza de su madre y su padre al crecer? _____

SECCIÓN 13: ENUMERE LOS NOMBRES Y LAS FECHAS DE NACIMIENTO DE TODOS LOS DEMÁS ADULTOS QUE VIVEN EN LA CASA

SECCIÓN 14: HISTORIAL DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

1. ¿Ha habido alguna vez violencia doméstica entre usted y el otro padre? ☐ Sí ☐ No SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuándo ocurrió la violencia doméstica? ☐ En el año anterior ☐ Entre 1 y 5 años atrás ☐ Hace más de 5 años
2. Si ha habido violencia doméstica durante el último año, indique la frecuencia de los incidentes:
☐ Disminuyó ☐ Aumentó ☐ Siguió igual
3. ¿Existe una orden de protección o una orden de restricción vigente? ☐ Sí ☐ No
 - a. SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿de qué tipo? ☐ Judicial ☐ Alejamiento ☐ Contacto pacífico permitido
 - b. ¿Cuándo vence la orden de protección o la orden de restricción? _____
4. Si ha habido violencia doméstica, ¿el otro padre ha hecho o ha amenazado con hacer alguna de las siguientes acciones en contra suya?:

¿Empujar, agarrar o restringir?	☐ Sí ☐ No	¿Abofetear con la mano abierta?	☐ Sí ☐ No
¿Golpear con la mano cerrada o el puño?	☐ Sí ☐ No	¿Jalar el cabello?	☐ Sí ☐ No
¿Arrastrar o aventar físicamente?	☐ Sí ☐ No	¿Morder o patear?	☐ Sí ☐ No
¿Golpear en la cabeza, la cara o en cualquier otro lugar?	☐ Sí ☐ No	¿Usar un objeto para golpear?	☐ Sí ☐ No
¿Ahorcar, estrangular o asfixiar?	☐ Sí ☐ No	¿Deshabilitar o retener su teléfono?	☐ Sí ☐ No
¿Seguirle o hacer que alguien más lo haga?	☐ Sí ☐ No	¿Alguna vez hubo armas involucradas?	☐ Sí ☐ No
¿Exigirle saber su paradero?	☐ Sí ☐ No	¿Hay algún informe policial?	☐ Sí ☐ No
¿Lo mantiene alejado de su familia o amigos?	☐ Sí ☐ No	¿Deshabilitar su auto o retener sus llaves?	☐ Sí ☐ No
5. ¿Los niños estuvieron presentes en algún incidente de violencia doméstica? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Alguna vez buscó atención médica debido a la violencia doméstica? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Hay algún informe policial sobre violencia doméstica entre usted y el otro padre? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Alguna vez el otro padre amenazó con hacerle daño a los niños? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Ha ordenado alguna vez un tribunal que el otro padre complete un programa de tratamiento por maltrato? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
10. ¿El otro padre le ha “advertido” que no diga ciertas cosas durante la mediación? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Le tiene miedo al otro padre por alguna razón? ☐ Sí ☐ No
12. ¿Le preocupa que haya futuros incidentes de violencia doméstica con el otro padre? ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 15: ¿HAY ALGO MÁS QUE LE GUSTARÍA QUE EL INVESTIGADOR SEPA?

NOMBRE DEL NIÑO N.º 1: _____

[illegible]

NOMBRE DEL NIÑO N.º 2: _____

[illegible]

[illegible]

NOMBRE DEL NIÑO N.º 4: _____

[illegible]