



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

DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR/ADOPCIÓN POR PADRASTRO ADMISIÓN/CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

N.º DE CASO: _____ N.º DE FCS: _____
 FECHA EN EL TRIBUNAL: _____

TIPO DE DEMANDA: ADOPCIÓN DE PADRASTRO (\$300) DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR (\$300)
 ADOPCIÓN DOBLE POR PADRASTRO/DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR (\$450)

*** NOTA: EL DEMANDANTE DEBE PAGAR LA TARIFA DE INVESTIGACIÓN EL DÍA DE LA CITA ***

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		PARENTESCO CON EL NIÑO:	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:		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	¿SE NOTIFICÓ LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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: _____	

SECCIÓN 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO

NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		¿CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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: _____

SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA

NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		¿CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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: _____

SECCIÓN 6: CONTACTO CON LOS TRIBUNALES Y OTRAS AGENCIAS DEL ESTADO**A. TRIBUNAL PENAL:** Enliste todos **SUS** arrestos en los últimos 10 años:

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

- Alguna vez le ordenaron A **USTED** en un tribunal asistir a:

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

 ¿Consejería?
- ¿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: _____
- ¿Alguien más que vive actualmente en su hogar ha sido arrestado o ha recibido condenas penales? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique el nombre de la persona, las fechas de los arrestos, los cargos y los resultados de todos: _____

- ¿Alguna vez las **OTRAS** figuras paternas han sido arrestadas? Sí No

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

- ¿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

- ¿Alguna vez los Servicios de Protección Infantil han recibido un informe sobre usted, las otras figuras paternas o sus hijos? Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ, responda las siguientes preguntas:

Nombre del niño:	Fecha de investigación:	Inquietudes/alegatos:	Resultado de la investigación:

SECCIÓN 7: 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:
N.º DE TEL. DE CASA:	N.º CELULAR:	OCUPACIÓN:
EMPLEADOR ACTUAL:	N.º DE TEL. DEL EMPLEADOR:	DÍAS/HORAS TRABAJADOS:

SECCIÓN 8: 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

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuál es su ocupación, nombre del empleador, número de teléfono y dirección del empleador? _____

2. ¿Cuánto tiempo ha estado con su empleador actual? Años: _____ Meses: _____

3. 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

4. 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:

Fechas de empleo:	Nombre del empleador:	N.º de teléfono:	Ocupación:	Motivo de la salida:

B. ¿Quién cuida a los niños mientras usted no está disponible? Proporcione sus nombres y números de teléfono:

SECCIÓN 9: 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:

2. ¿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:

3. ¿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: _____

4. ¿El otro padre o demandante 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: _____

5. ¿El otro padre o demandante 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 10: 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:

8. ¿Tiene una tarjeta de marihuana medicinal? Sí No Fecha de vencimiento: _____
9. ¿Alguna vez ha perdido su trabajo a causa de las drogas o el alcohol? Sí No
10. ¿Su consumo de drogas ha sido alguna vez un problema entre usted y su familia y amigos? Sí No
11. ¿Alguna vez un tribunal ha ordenado que se haga una prueba de drogas? Sí No
 SI LA RESPUESTA ES SÍ, cuándo: _____
12. ¿Los resultados de las pruebas de drogas fueron positivos? ¿Para qué drogas? _____

SECCIÓN 11: ENUMERE LOS NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE TODOS LOS ADULTOS QUE VIVEN EN LA CASA

SECCIÓN 12: 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 RESPONDIÓ SÍ, ¿cuál es el problema? _____

¿Está el niño actualmente en consejería individual o en un grupo

de niños de padres divorciados? Sí No

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 RESPONDIÓ SÍ, ¿cuál es el problema? _____

¿Está el niño actualmente en consejería individual o en un grupo

de niños de padres divorciados? Sí No

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 RESPONDIÓ SÍ, ¿cuál es el problema? _____

¿Está el niño actualmente en consejería individual o en un grupo

de niños de padres divorciados? Sí No

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 RESPONDIÓ SÍ, ¿cuál es el problema? _____

¿Está el niño actualmente en consejería individual o en un grupo

de niños de padres divorciados? Sí No

N.º de teléfono/dirección del terapeuta: _____

SECCIÓN 13: SU RELACIÓN CON CADA NIÑO

1. Describa a cada niño (marque todo lo que corresponda):
 - 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
 - d. Tiene hambre o se cansa: en momentos predecibles en momentos impredecibles
 - e. Respuesta a la estimulación: se sobresalta fácilmente con los sonidos permanece en calma
 - i. Apetito: quisquilloso para comer come de todo
 - ii. Adaptabilidad: se acerca a nuevas situaciones con facilidad le lleva mucho tiempo sentirse cómodo
 - iii. Cuando se enfrenta a obstáculos (*ejemplo: armar un rompecabezas*): el niño es paciente el niño se da por vencido fácilmente
 - iv. Estado de ánimo en general: el niño es positivo y feliz el niño se enfoca en lo negativo
2. ¿Qué hace bien cada niño? _____

3. ¿Qué tipo de problemas tiene cada niño (sociales, emocionales, intelectuales)? _____

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? _____

SECCIÓN 14: 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? _____

