



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

**ADMISIÓN/CUESTIONARIO DE MEDIACIÓN PARA
 ABUELOS/PADRASTRO/MADRASTRA**

N.º DE CASO: _____

SIGUIENTE FECHA EN EL TRIBUNAL: _____

N.º DE FCS: _____

SECCIÓN 1: SU NOMBRE				
SU NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE):		
FECHA DE NACIMIENTO:		NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO:		
N.º DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO: (ES IMPORTANTE QUE INCLUYA DÓNDE RECIBE LA CORRESPONDENCIA)				
¿Cuál es su parentesco con el niño?				
NOTA: LOS INFORMES SE ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN DE CORREO QUE PROPORCIONÓ ARRIBA				
SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LA OTRA PARTE/PADRES BIOLÓGICOS (LLENE LO MEJOR QUE PUEDA)				
NOMBRE (apellido y nombre):		DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO: CÓDIGO POSTAL:
FECHA DE NACIMIENTO:	N.º DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN DONDE SE INFORMÓ A LA OTRA PARTE:		
NOMBRE (apellido y nombre):		DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO: CÓDIGO POSTAL:
FECHA DE NACIMIENTO:	N.º DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN DONDE SE INFORMÓ A LA OTRA PARTE:		
SECCIÓN 3: INQUIETUDES Y PROPUESTAS				
1. ¿Cuáles son las tres preocupaciones más importantes que le gustaría abordar con los Servicios del Tribunal Familiar?				

2. ¿Hay una orden del tribunal vigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
3. Si hay una orden del tribunal o únicamente un acuerdo verbal entre usted y la otra parte, responda lo siguiente:				
a. De acuerdo con el plan, ¿quién se supone que toma las decisiones importantes sobre la salud, educación y bienestar de los niños?				

b. Según el plan, ¿con quién viven los niños?				

c. De acuerdo con el plan actual, ¿cuándo se supone que los niños deben visitar al abuelo/abuela o padrastro/madrastra?

4. ¿Desea que el plan actual de visitas cambie? Sí No SI RESPONDE SÍ, responda lo siguiente:

a. Quiero cambiar el tiempo que los niños pasan con el/la abuelo/abuela o padrastro/madrastra a:

5. Si desea que cambien las visitas actuales, ¿cómo beneficiarían a los niños los cambios propuestos?

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL NIÑO (LLENE TODA LA INFORMACIÓN LO MEJOR QUE PUEDA)

NOMBRE (nombre y apellido):	FECHA DE NACIMIENTO:	CALIFICACIONES (¿A, B?)/ ASISTENCIA:	¿ESTE NIÑO TUVO CONSEJERÍA?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 5: SOBRE LOS PADRES BIOLÓGICOS/ABUELOS/PADRASTRO/MADRASTRA (NO LO DEJE EN BLANCO):

1. ¿Cuáles son sus fortalezas?

2. ¿Cuáles son sus debilidades?

3. ¿Los padres u otras partes alguna vez han estado en consejería o han tenido problemas de abuso de sustancias? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuándo y para qué problemas?

4. ¿Han sido arrestados alguna vez los padres/abuelos/padrastro/madrastra? Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ,
¿QUIÉN, cuándo y por qué cargos?

SECCIÓN 6: SU PARTICIPACIÓN EN LA CONSEJERÍA, LOS TRIBUNALES Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL (CPS)

1. ¿Ha estado alguna vez en consejería o ha tenido problemas de abuso de sustancias? Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ,
¿cuándo y para qué problemas?

2. ¿Alguna vez lo han arrestado? Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuándo y por qué cargos?

3. ¿Alguna vez los Servicios de Protección Infantil (Child Protective Services, CPS) han estado involucrados con su familia por
denuncias de abuso o negligencia infantil? Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuándo y cuál fue el resultado?
