



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**

**NOTA: SE DEBE PAGAR LA TARIFA DE INVESTIGACIÓN LIMITADA O MEDIACIÓN DETALLADA DE \$200.00 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: <b>(ES IMPORTANTE QUE INCLUYA DÓNDE RECIBE LA CORRESPONDENCIA)</b>			

**SECCIÓN 2: 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?  Sí  No
3. **Ya sea que exista una orden del tribunal o no**, responda las siguientes preguntas sobre la situación actual:
  - a. En este momento, ¿quién toma las decisiones sobre la salud, la educación y el bienestar de los niños? \_\_\_\_\_
  - b. En este momento, ¿con quién viven los niños? \_\_\_\_\_
  - c. En este momento, ¿cuándo pasan tiempo los niños con cada padre? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. ¿Quiere cambiar cómo son las cosas ahora?  Sí  No SI RESPONDE SÍ, responda lo siguiente:
  - a. Quiero cambiar quién toma las decisiones sobre la salud, la educación y el bienestar de los niños a: \_\_\_\_\_
  - b. Quiero cambiar con quién viven los niños a: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  - c. 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 NOVIOS/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

- ¿Qué tipos de alcohol bebe? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia bebe? \_\_\_\_\_
- ¿Su consumo de alcohol ha sido alguna vez un problema entre usted y su familia o amigos?  Sí  No
- ¿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?                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Abofetear con la mano abierta?             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Golpear con la mano cerrada o el puño?                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Jalar el cabello?                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Arrastrar o aventar físicamente?                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Morder o patear?                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Golpear en la cabeza, la cara o en cualquier otro lugar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Usar un objeto para golpear?               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ahorcar, estrangular o asfixiar?                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Deshabilitar o retener su teléfono?        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Seguirle o hacer que alguien más lo haga?                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Alguna vez hubo armas involucradas?        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Exigirle saber su paradero?                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Hay algún informe policial?                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Lo mantiene alejado de su familia o amigos?              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Deshabilitar su auto o retener sus llaves? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?**

---

---

---

---

---









