



STATE OF CALIFORNIA
 TRIBUNAL SUPERIOR DE MADERA
 Servicios del Tribunal Familiar
 200 South G Street
 Madera, CA 93637
 N.º DE TELÉFONO: (559)416-5560
 N.º DE FAX: (559)673-8216

ADMISIÓN/CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN DE CURATELA

CURATELA INICIAL TÉRMINO DE LA CURATELA

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

NOTA: EL DEMANDANTE DEBE PAGAR LA TARIFA DE INVESTIGACIÓN DE \$400 EL DÍA DE LA CITA

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL CURADOR/DEMANDANTE

NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		RELACIÓN CON EL PROTEGIDO:	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: _____	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PROTEGIDO

NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		DIAGNÓSTICOS MÉDICOS ACTUALES:		
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO:		
N.º DE TELÉFONO:		NOMBRES Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE LOS MÉDICOS:		
DIRECCIÓN POSTAL:		N.º DE SEGURO SOCIAL:	¿EL PROTEGIDO TIENE UNA DECLARACIÓN DE CAPACIDAD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? AÑOS: _____ MESES: _____	

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL TESTIGO DE OBJECCIÓN

NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		RELACIÓN CON EL PROTEGIDO:	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: _____	

SECCIÓN 5: 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 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 del Protegido 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:

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

(vea la siguiente página si la respuesta es sí)

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 RESPONDIÓ 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 Protegido propuesto 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. Indique los nombres de todos los medicamentos y el nombre, número de teléfono y dirección postal completa del médico que le recetó el medicamento al Protegido: _____

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:

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 9: SU RELACIÓN CON EL PROTEGIDO

1. Describa al Protegido (marque 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
- 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
- f. Apetito: quisquilloso para comer come de todo
- g. Adaptabilidad: se acerca a nuevas situaciones con facilidad le lleva mucho tiempo sentirse cómodo
- h. Cuando se enfrenta a obstáculos (ejemplo: armar un rompecabezas): es paciente
 se rinde fácilmente
- i. Estado de ánimo en general: el Protegido es positivo y feliz el Protegido se enfoca en lo negativo

2. ¿Qué hace bien el Protegido? _____

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

4. ¿Qué ha hecho para tratar de ayudar al Protegido con estos problemas? _____

SECCIÓN 10: SUS ANTECEDENTES FAMILIARES Y OTRA INFORMACIÓN

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

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? _____

