



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  
 INVESTIGACIÓN DE TUTELA**

N.º DE CASO: \_\_\_\_\_ N.º DE FCS: \_\_\_\_\_  
 FECHA EN EL TRIBUNAL: \_\_\_\_\_

TIPO DE CASO:  TUTELA INICIAL  TÉRMINO DE LA TUTELA  TUTELA SUCESORA

**NOTA: EL DEMANDANTE DEBE PAGAR LA TARIFA DE INVESTIGACIÓN DE \$600 EL DÍA DE LA CITA**

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE			
NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		PARENTESCO CON EL NIÑO:	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: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO			
NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		¿SE OPONE A LA TUTELA? <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):		¿SE OPONE A LA TUTELA? <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 4: INFORMACIÓN DEL TESTIGO DE OBJECCIÓN			
NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		¿SE OPONE A LA TUTELA? <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:	

**SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL TESTIGO DE OBJECCIÓN (continuación)**

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: INQUIETUDES Y PROPUESTAS**

1. Motivos a favor o en contra de la demanda de tutela:
- a. Demandantes: ¿Cuáles son los **tres motivos** más importantes por los que debería ser el Tutor de los niños?
  - b. Padres naturales que **no se oponen** a la demanda de tutela: ¿Cuáles son los **tres motivos** principales por los que a cada demandante se le debe otorgar la tutela de los niños?
  - c. Padres naturales que **se oponen a** la demanda: ¿Cuáles son los **tres** motivos principales por los que a cada demandante **no** se le debe otorgar la tutela de los niños?  
\_\_\_\_\_
  - d. ¿Se otorgó la tutela temporal?  Sí  No
  - e. Ya sea que exista una tutela temporal 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 figura paterna?  
\_\_\_\_\_
  - f. ¿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 figura paterna a:  
\_\_\_\_\_
  - g. ¿Cuál ha sido su participación en el cuidado de los niños?  
\_\_\_\_\_
  - h. Si desea que cambie el plan de crianza actual, ¿cómo beneficiarían a los niños los cambios propuestos?  
\_\_\_\_\_

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

FECHA DEL ARRESTO:	CARGOS:	AGENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LA LEY:	RESULTADO:

- Alguna vez le ordenaron A USTED en un tribunal asistir a:  
 Programa de intervención para agresores    Tratamiento de drogas    Manejo 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 de todos:  
 \_\_\_\_\_
- ¿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 de todos:  
 \_\_\_\_\_

**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, indique las fechas de los arrestos, los cargos y las disposiciones de todos:  
 \_\_\_\_\_

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

**SECCIÓN 7: INFORMACIÓN SOBRE SU NOVIO, NOVIA O CÓNYUGE ACTUAL**

Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:
Otros nombres usados:	N.º de licencia de conducir/del estado: /	Fecha en la que comenzó la relación:
Número de teléfono de la casa:	Número de teléfono celular:	Ocupación:
Empleador actual:	Número de teléfono del empleador:	Días/horas trabajados:

**SECCIÓN 8: EDUCACIÓN Y EMPLEO****A. Nivel de educación:**

- Diploma de Desarrollo Educativo General (General Educational Development Test, GED)  
 Graduado de escuela preparatoria    Tomó cursos universitarios    Graduado de la universidad  
 Trabajo de posgrado

- ¿Está trabajando actualmente?  Sí  No  
 SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique las fechas de los arrestos, los cargos y las disposiciones de todos:  
 \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto tiempo ha estado con su empleador actual?   Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 8: EDUCACIÓN Y EMPLEO (continuación):**

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 para irse

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

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 9: HISTORIAL DE SALUD MENTAL**1. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado para recibir tratamiento psiquiátrico?  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. ¿Ha estado alguna vez en consejería o terapia?  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? \_\_\_\_\_

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	N.º de teléfono del médico

6. Historial de consumo de drogas:

Nombre de la droga	Frecuencia de uso	Edad del primer uso	Fecha del último uso

7. Historial de uso de medicamentos recetados:

Nombre del medicamento	Frecuencia de uso	Médico que receta	N.º de teléfono del médico

**SECCIÓN 10: HISTORIAL DE ABUSO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS (continuación):**

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
12. ¿Los resultados de las pruebas de drogas fueron positivos?  Sí  No SI LA RESPUESTA ES SÍ, para qué sustancias:  
\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 11: INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS****Nombre del 1.º niño:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del terapeuta: \_\_\_\_\_

**Nombre del 2.º niño:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del terapeuta: \_\_\_\_\_

**Nombre del 3.º niño:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del terapeuta: \_\_\_\_\_

**Nombre del 4.º niño:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del terapeuta: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 12: SU OPINIÓN SOBRE LAS OTRAS FIGURAS PATERNAS

1. ¿De qué manera las otras figuras paternas demuestran que son buenos padres?  
\_\_\_\_\_
2. ¿De qué manera las otras figuras paternas demuestran que **no** son buenos padres?  
\_\_\_\_\_
3. ¿Qué responsabilidades de crianza tenían el demandante y cada uno de los padres en el pasado?  
\_\_\_\_\_
4. ¿Cómo es la relación de las otras figuras paternas con cada niño? (Por ejemplo: cercana, tensa, ninguna, necesita mejorar, etc.)  
\_\_\_\_\_
5. ¿Las otras figuras paternas han cambiado con cada niño con el tiempo? ¿Cómo han cambiado?  
\_\_\_\_\_
6. ¿Qué deben hacer las otras figuras paternas para ser mejores padres?  
\_\_\_\_\_

## SECCIÓN 13: SU RELACIÓN CON CADA NIÑO

1. Describa a cada niño (marque las opciones que correspondan): **Se adjuntan páginas adicionales si hay más de 1 menor**
  - 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), el niño:  
 es paciente  se da por vencido fácilmente
  - i. Humor en general:  el niño es positivo y feliz  el niño se centra 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?  
\_\_\_\_\_
7. Cuando usted y cada niño hablan sobre el otro padre, ¿qué dicen?  
\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 14: 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?  
\_\_\_\_\_
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: cercana, tensa, ninguna, necesita mejorar, etc.)  
\_\_\_\_\_
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 15: ENUMERE LOS NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE TODOS LOS DEMÁS ADULTOS QUE VIVEN EN SU CASA**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL 1.<sup>ER</sup> NIÑO: \_\_\_\_\_

*Haga referencia al número de pregunta de las páginas anteriores para las respuestas que escriba en esta página adicional.*

_____
-------



NOMBRE DEL 2.º NIÑO: \_\_\_\_\_

*Haga referencia al número de pregunta de las páginas anteriores para las respuestas que escriba en esta página adicional.*

_____
-------

**NOMBRE DEL 3.<sup>er</sup> NIÑO:** \_\_\_\_\_

*Haga referencia al número de pregunta de las páginas anteriores para las respuestas que escriba en esta página adicional.*

_____
-------

NOMBRE DEL 4.º NIÑO: \_\_\_\_\_

*Haga referencia al número de pregunta de las páginas anteriores para las respuestas que escriba en esta página adicional.*

_____
-------