



**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

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

REFERENCIA: Mediación (1.ª gratis; entrevistas de niños \$100 por padre)
 Referencia o revisión de mediación (\$100 por padre)

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)						
¿El otro padre sabe dónde vive? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
NOTA: LOS INFORMES SE ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN DE CORREO QUE PROPORCIONÓ ARRIBA						
<u>NOMBRE DEL EMPLEADOR O (SI ESTÁ DESEMPLEADO, ESCRIBA "DESEMPLEADO"):</u>						
HORARIO DE TRABAJO DIARIO (hora de entrada y salida)						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
¿Quién cuida a los niños cuando no está disponible? Proporcione el nombre y n.º de teléfono:						
SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL OTRO PADRE (LLENE LO MEJOR QUE PUEDA)						
NOMBRE DEL OTRO PADRE (apellido, primer nombre):		DIRECCIÓN DEL OTRO PADRE:		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 de crianza <u>actual</u> , ¿quién se supone que toma las decisiones importantes sobre la salud, educación y bienestar de los niños? _____						

b. De acuerdo con el plan de crianza actual, ¿con quién deben vivir los niños?

c. De acuerdo con el plan de crianza actual, ¿cuándo se supone que los niños deben pasar tiempo con cada padre?

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

a. Quiero cambiar quién toma las decisiones importantes (sobre salud, educación y bienestar) 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 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 EL OTRO PADRE (NO LO DEJE EN BLANCO):

1. ¿Cuáles son las fortalezas del otro padre como padre?

2. ¿Cuáles son las debilidades del otro padre como padre? _____

3. ¿El otro padre 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? _____

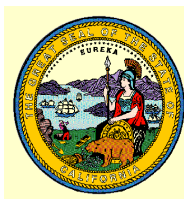
4. ¿Alguna vez el otro padre ha sido arrestado? Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuándo y por qué cargos? _____

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?



ESTADO DE CALIFORNIA
MADERA SUPERIOR COURT
 Family Court Services
 200 South G Street
 Madera, CA 93637

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE VIOLENCIA DOMÉSTICA
Revisado en febrero de 2019

NOMBRE: _____

De acuerdo con el Código Familiar del Código de California, §3181, si una parte que alega violencia doméstica en una declaración escrita bajo pena de perjurio o una parte protegida por una orden de protección así lo solicita, el mediador se reunirá con las partes por separado y en momentos separados.

ESTAS PREGUNTAS SE APLICAN SOLAMENTE A USTED Y AL OTRO PADRE:

1. ¿Cuándo se separaron usted y el otro padre? _____
2. ¿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
3. Si ha habido violencia doméstica durante el último año, indique la frecuencia de los incidentes:
 Disminuyó Aumentó Siguió igual
4. ¿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? _____
5. 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
6. ¿Los niños estuvieron presentes en algún incidente de violencia doméstica? Sí No
7. ¿Alguna vez buscó atención médica debido a la violencia doméstica? Sí No
8. ¿Hay algún informe policial sobre violencia doméstica entre usted y el otro padre? Sí No
9. ¿Alguna vez el otro padre amenazó con hacerle daño a los niños? Sí No
10. ¿Ha ordenado alguna vez un tribunal que el otro padre complete un programa de tratamiento por maltrato? Sí No No sé
11. ¿El otro padre le ha “advertido” que no diga ciertas cosas durante la mediación? Sí No
12. ¿Le tiene miedo al otro padre por alguna razón? Sí No
13. ¿Le preocupa que haya futuros incidentes de violencia doméstica con el otro padre? Sí No

Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas a las preguntas anteriores son correctas a mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____