

STATE OF CALIFORNIA MADERA SUPERIOR COURT Family Court Services 200 South G Street Madera, CA 93637

DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR/ADOPCIÓN POR PADRASTRO ADMISIÓN/CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

N.º DE TELÉFONO: (559) 416-5560

N.º DE FAX: (559)673-8216 N.º DE CASO: N.º DE FCS: FECHA EN EL TRIBUNAL: FECHA EN EL TRIBUNAL: TIPO DE DEMANDA: ADOPCIÓN DE PADRASTRO (5300) DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR (\$300) ADOPCIÓN DOBLE POR PADRASTRO/DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR (\$450) ADOPCIÓN DOBLE POR PADRASTRO/DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR (\$450) Nº NOTA: EL DEMANDANTE DEBE PAGRA: LA TARIFA DE INVESTIGACIÓN EL DÍA DE LA CITA *** SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): DIRECCION POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DELESTADO: DIRECCION 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DELESTADO: Nº DE TELEFONO DE CASA: Nº DE TELEFONO DE CASA: Nº DE TELEFONO DE CASA: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DELESTADO: Nº DE TELEFONO DE CASA: Nº DE SEGURO SOCIAL: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO: NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE TELEFONO DE CASA: Nº DE TELEFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO: Nº DE TELEFONO DE CASA: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LIGENCIA DE CONDUCIR/DELESTADO: Nº DE TELEFONO DE CASA: Nº DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? DE LIGENCIA DE CONDUCIR/DELESTADO: DIRECCIÓN 90STAL: (CUANTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? ANOS: MESES: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo DECLARACIÓN DEL LIBERTAD DEL MENOR? DEL MENOR? DEL CONDUCIR/DEL ESTADO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo DECLARACIÓN DEL LIBERTAD DEL MENOR? DEL MENOR? DEL CONDUCIR/DEL ESTADO: Nº DE TELEFONO DE CASA: Nº DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo DECLARACIÓN DEL LIBERTAD DEL MENOR? DEL CONDUCIR/DEL ESTADO: Nº DE TELEFONO DE CASA: Nº DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo)E					NI (DE ECC.
TIPO DE DEMANDA:	N L	JE FAX: (559)0/5-02	10					
ADOPCIÓN DOBLE POR PADRASTRO/DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR (\$450	TIPO DE DEMANDA.		DAF					
SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): PARENTESCO CON EL NIÑO: NOMBRE DE SOLTERA: OTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: PECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO: SE NOTIFICO LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SI No DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: SE NOTIFICO LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: CUMANTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? ANOS: MESES: SECCIÓN 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: OTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: OTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: OTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: DIRECCIÓN POSTAL: CODIGO POSTAL: COLANTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? ANOS: MESES: OTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: OTROS NOMBRES PO	TIPO DE DEMIANDA.							
SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO: Nº DE TELÉFONO: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: SE NOTIFICO LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: SE NOTIFICO LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: SE NOTIFICO LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: SE NOTIFICO LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: SE NOTIFICO LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: SE NOTIFICO LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: SE NOTIFICO LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN? SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN? SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN? MÉSES: SECCIÓN 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE (apellido, primer nombre, SEGUNDO DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: SIN CUSTODIA? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: SIN CUSTODIA SIN CUSTODI			BLE	POR PADRASTRO/	DE	CLARACIO	ON DE LIBE	RTAD DEL MENOR (\$450)
NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): PARENTESCO CON EL NIÑO: NOMBRE DE SOLTERA: OTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: PARENTESCO CON EL NIÑO: NOMBRE DE SOLTERA: OTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: PECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: AÑOS: MESES: SECCIÓN 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): PECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE TELÉFONO DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CÓDIGO POSTAL: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÓDIGO POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÓDIGO POSTAL: Nº DE TELÉFONO DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): Nº DE TELÉFONO DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): Nº DE TELÉFONO DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELEFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Nº DE TELEFONO DE CASA: Nº DE TELEFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: CÚDIGO POSTAL: VICINADO: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: VICINADO: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: VICINADO: CÓDIGO POSTAL: VICINADO: C	**** NOTA: EL DEMAI	NDANTE DEBE PAG	AR	LA TARIFA DE INVE	ST	IGACIÓN I	EL DÍA DE I	_A CITA ***
SEGUIDAD: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: QUE SE LE CONOCE: PECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO:	SECCIÓN 1: INFORM	IACIÓN DEL DEMAN	NDA	NTE				
FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO: Nº DE TELÉFONO: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: ¿SE NOTIFICÓ LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SÍ No	NOMBRE (apellido, p	rimer nombre,	P/	ARENTESCO CON EL NIÑ	ĬO:	NOMBRE D	E SOLTERA:	OTROS NOMBRES POR LOS
FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: ¿SE NOTIFICÓ LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? SÍ No DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: SIN CUSTODIA? SÍ No DIRECCIÓN POSTAL: AÑOS: MESES: MESES: SECCIÓN 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): 2CONSIENTE LA ADOPCIÓNDEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ No DIRECCIÓN POSTAL: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: DIRECCIÓN POSTAL: AÑOS: MESES: DIRECCIÓN POSTAL: AÑOS: MESES: MESES: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: DIRECCIÓN POSTAL: AÑOS: MESES: MESES: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ No DIRECCIÓN? AÑOS: MESES: DIRECCIÓN? AÑOS: MESES: DIRECCIÓN POSTAL: AÑOS MESES POR DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ No DIRECCIÓN? AÑOS: MESES: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: DIRECCIÓN POSTAL: DIRECCIÓN POSTAL: ACUANTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? DIRECCIÓN POSTAL: ACUANTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? DIRECCIÓN POSTAL: ACUANTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? DIRECCIÓN POSTAL: ACUANTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?	,	•						QUE SE LE CONOCE:
Nº DE TELÉFONO: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº 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): DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? ☐ SÍ ☐ NO DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: C	ooganao nombro).							
Nº DE TELÉFONO: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº 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): DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? ☐ SÍ ☐ NO DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: C								
SIN CUSTODIA? SI No DIRECCIÓN POSTAL: N.º DE SEGURO SOCIAL: N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? AÑOS: MESES: SECCIÓN 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SI NO DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: N.º DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN 9OSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: N.º DE SEGURO SOCIAL: N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: DO TROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: DO TROS NOMBRES POR LOS NOMBRES POR LOS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: ONOMBRE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CUIDAD: CUIDAD: CUIDAD: CODIGO POSTAL: CO	FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO	O:	NOMBRE/TELEFONO/FA	X DE	EL ABOGADO) :	
SIN CUSTODIA? SI No DIRECCIÓN POSTAL: N.º DE SEGURO SOCIAL: N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? AÑOS: MESES: SECCIÓN 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SI NO DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SI NO DIRECCIÓN POSTAL: N.º DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN 9OSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: N.º DE SEGURO SOCIAL: N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: DO TROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: CODIGO POSTAL: DO TROS NOMBRES POR LOS NOMBRES POR LOS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: ONOMBRE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CUIDAD: CUIDAD: CUIDAD: CODIGO POSTAL: CO	,			,		,	1	,
DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCÍA DE CONDUCIR/DEL ESTADO:	N.º DE TELEFONO:		DI	RECCION DE CORREO E	ELEC	CTRONICO:	-	
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): CCONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ NO DE 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: CODIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? AÑOS: MESES: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CÓDIGO POSTAL: DEL ABOGADO:								
SECCIÓN 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ No CORREO ELECTRÓNICO: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ No CORREO ELECTRÓNICO: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ No CORREO ELECTRÓNICO: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ No CORREO ELECTRÓNICO: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ No CORREO ELECTRÓNICO: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CIUDAD: ESTADO: CODIGO POSTAL: COUANTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?	DIRECCIÓN POSTAL:		N.	ODE SEGURO SOCIAL:	N.º	DE LICENC	A DE CONDU	CIR/DEL ESTADO:
SECCIÓN 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ No COTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE: FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO:								
SECCIÓN 2: DATOS DEL PADRE BIOLÓGICO NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ No LOS QUE SE LE CONOCE: PECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO:	CIUDAD:	ESTADO:	C	ÓDIGO POSTAL:	¿C	UÁNTO TIEN	IPO HA VIVIDO	O EN ESTA DIRECCIÓN?
NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ NO LOS QUE SE LE CONOCE: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO:					ΑÑ	IOS:	MESES:	
SEGUNDO NOMBRE (APEllIdo, primer nombre, segundo nombre): DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? ☐ SÍ ☐ NO LOS QUE SE LE CONOCE: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÍUDAD: 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): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? ☐ SÍ ☐ NO LOS QUE SE LE CONOCE: FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?	SECCIÓN 2: DATOS	DEL PADRE BIOLÓ	GIC	0	l			
SEGUNDO NOMBRE (APEllIdo, primer nombre, segundo nombre): DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? ☐ SÍ ☐ NO LOS QUE SE LE CONOCE: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÍUDAD: 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): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? ☐ SÍ ☐ NO LOS QUE SE LE CONOCE: FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO: Nº DE TELÉFONO DE CASA: Nº DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: DIRECCIÓN POSTAL: Nº DE SEGURO SOCIAL: Nº DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?	NOMBRE (anellido, n	rimer nombre	¿CC	NSIENTE LA ADOPCIÓN	/DEI	MANDA DE		OTROS NOMBRES POR
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: CÍUDAD: 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): DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SI Nº DE 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 LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?	,	illior fioribre,	-					
N.º DE TELÉFONO DE CASA: N.º DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: N.º DE SEGURO SOCIAL: N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÍUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÚMNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? AÑOS: MESES: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? 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?	segundo nombre):		DLC	2 II VIOLON DE EIDEN (NO DELE III EN ON C.				
N.º DE TELÉFONO DE CASA: N.º DE TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: N.º DE SEGURO SOCIAL: N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÍUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÚDIGO POSTAL: CÚDIGO POSTAL: AÑOS: MESES: SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? 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: CÚDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CÓDIGO POSTAL: CODIGO POSTA								
DIRECCIÓN POSTAL: N.º DE SEGURO SOCIAL: N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? AÑOS:	FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENT	O:	NOMBRE/TELÉFONO/F	AX [DEL ABOGAD	O:	
DIRECCIÓN POSTAL: N.º DE SEGURO SOCIAL: N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN? AÑOS:	110 DE TELÉCONO DE OL					- L DIDEO		and the complete of
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): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ NO 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 LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?	N.º DE TELEFONO DE CA	SA:		N.º DE TELEFONO CEL	ULA	R: DIRECC	ION DE CORF	REO ELECTRONICO:
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): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? SÍ NO 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 LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?								
SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? Sí No 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?	DIRECCION POSTAL:			N.º DE SEGURO SOCIA	L:	N.º DE LICE	ENCIA DE CON	IDUCIR/DEL ESTADO:
SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? Sí No 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?								
SECCIÓN 3: DATOS DE LA MADRE BIOLÓGICA NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE OTROS NOMBRES POR	CIUDAD:	ESTADO:				¿CUÁNTO	· ·	
NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE OTROS NOMBRES POR DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? Sí						AÑOS:	MESES	S:
nombre): DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? ☐ SÍ ☐ No 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?	SECCIÓN 3: DATOS	DE LA MADRE BIOI	_ÓG	ICA				
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 LICENCIA DE CONDUCIR/DEL ESTADO: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?	NOMBRE (apellido, primer	nombre, segundo	CO	NSIENTE LA ADOPCIÓN	/DEI	MANDA DE		OTROS NOMBRES POR
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: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?	nombre):		DEC	CLARACIÓN DE LIBERTAI	D DE	EL MENOR?	☐ Sí ☐ No	LOS QUE SE LE CONOCE:
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: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?								
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?	FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENT	0:	NOMBRE/TELÉFONO/F	AX I	DEL ABOGAI	00:	
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?	<u>, </u>			,				,
CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?	N.º DE TELEFONO DE CA	SA:		N.º DE TELEFONO CEL	.ULA	R: DIREC	CCION DE CO	RREO ELECTRONICO:
CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN?								
	DIRECCION POSTAL:			I N.º DE SEGURO SOCIA	AL:	N.º DE LICE	:NCIA DE CON	IDUCIR/DEL ESTADO:
	CILIDAD:	ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:		: CLIÁNITO T		VIDO EN ESTA DIDECCIÓNA
	GIODAD.	LOTADO.		CODIGO FOSTAL:		-		

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL TESTIGO DE OBJECIÓN PARENTESCO CON EL NIÑO: NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): NOMBRE DE SOLTERA: 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: CÓDIGO POSTAL: ¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA CIUDAD: ESTADO: DIRECCIÓN? AÑOS:____ MESES:_ **SECCIÓN 5: INQUIETUDES Y PROPUESTAS** Motivos a favor o en contra de la Demanda de Adopción o Declaración de libertad del menor: a. <u>Demandantes</u>: ¿Cuáles son los tres motivos más importantes por los que desea adoptar al niño o declarar al niño libre del control parental de un padre biológico? b. Los padres biológicos que no se oponen a la demanda de adopción o declaración de libertad del menor: ¿Cuáles son los tres motivos principales por los que se debe conceder la demanda de adopción o declaración de libertad del menor? c. Los padres biológicos que se oponen a la demanda: ¿Cuáles son los tres motivos principales por los que no se debe conceder la demanda de adopción o declaración de libertad del menor? d. ¿Hay una orden del tribunal vigente? ☐ Sí ☐ No e. Ya sea que exista una orden del tribunal vigente 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? _____ ¿Cuál ha sido su participación sobre el cuidado de los niños?

SECCI	ÓN 6: CONTAC	TO CON LOS TRIBUN	IALES Y O	TRAS AGENCIAS DEL E	STADO	
A.	TRIBUNAL PEN	NAL: Enliste todos <u>SU</u>	<u>S</u> arrestos e	n los últimos 10 años:		
Fe	echa de arresto:	Cargos:		Agencia de aplicació	n de la ley:	Resultado:
1.		rdenaron A USTED er				
	_	•	gresores?	☐ ¿Tratamiento de dr	ogas?	¿Control de la ira?
	☐ ¿Consejería			_	,	
2.				☐ No SI LA RESPUE	ESTA ES SI, in	dique el nombre, la
	-			libertad condicional:		
3.			_	ha sido arrestado o ha re		
		-		•		os cargos y los resultados
	de todos:					·
4.	: Alguna vez las	COTRAS figuras nater	nas han sid	lo arrestadas? ☐ Sí ☐ N		
7.				los arrestos, los cargos y		
	OI EXTREMINE	OTA EO OI, maique las	o reorido de	ios arrestes, los cargos y	105 TC5ullados	· ————
5.	¿Alguien más q	ue vive actualmente e	n el hogar d	del otro padre ha sido arre	estado o ha rec	ibido condenas penales?
	¿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 INFA	NTIL			
1.	¿Alguna vez los	s Servicios de Protecci	ón Infantil h	an recibido un informe so	bre usted, las	otras figuras paternas o
	sus hijos? □Sí	☐ No SI LA RESPU	IESTA ES S	SÍ, responda las siguiente	s preguntas:	
Nombre	e del niño: Fe	cha de investigación:	Inquietude	es/alegatos:	Resultado de	e la investigación:
SECCI	ÓN 7: INFORMA	CIÓN SOBRE SU NO	VIO, NOVI	A O CÓNYUGE ACTUAL	-	
NOMBR	E COMPLETO:	FECHA DE N	IACIMIENTO:		N.º DE	SEGURO SOCIAL
OTROS	NOMBRES UTILIZAI	DOS: N.º DE LICE	NCIA DE CON	DUCIR/DEL ESTADO:	FECHA EN QU	E COMENZÓ LA RELACIÓN:
N.º DE T	EL. DE CASA:	N.º CELULAI	R:		OCUPACIÓN:	
22 1	00	0220011				
EMPLEA	DOR ACTUAL:	N.º DE TEL. D	DEL EMPLEAD	OOR:	DÍAS/HORAS T	RABAJADOS:

SECCIÓN 8: E	EDUCACIÓN Y EMP	LEO				
A. Ni	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 e	Graduado de escuela preparatoria 🗌 Tomó cursos universitarios 🗌 Graduado de la universidad 🔲 Trabajo de posgrado 🗍					
1.	¿Está trabajando a	actualmente?	☐ Sí ☐ No			
	SI LA RESPUEST	A ES SÍ, ¿cuál	es su ocupación, n	ombre del emplea	ador, número de te	eléfono y dirección
	del empleador?					
2.	¿Cuánto tiempo h	a estado con su	empleador actual?	? Años: Me	eses:	
3.	Días y horas de tra	abajo actuales (indique a qué hora	comienza a traba	ijar y a qué hora te	ermina de
	trabajar cada día):					
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
4.	Indique su historia	l de empleo en	los últimos 5 años:			
Fechas de empleo	o: Nombre del emple	ador:	N.º de teléfono:	Ocupación:	Motivo de la salida:	
B. ¿Qui	B. ¿Quién cuida a los niños mientras usted no está disponible? Proporcione sus nombres y números de teléfono:					
SECCIÓN 9: H	HISTORIAL DE SAL	UD MENTAL				
1. ¿Ha e	stado alguna vez en	consejería o te	rapia? Sí N	 0		
_	RESPUESTA ES SÍ, indiqu	•	·		rigos o consejeros ma	trimoniales a los
que ha	acudido:					
Fecha:	Nombre del médico	o/terapeuta:	Dirección po	stal completa:	N.º d	le teléfono:
• •	na vez ha sido hospitali	•			-	
SI LA F	RESPUESTA ES SÍ, in	dique los hospital	les o clínicas a los qu	ie asistió y las fecha	as de tratamiento:	
Fecha	Fecha Nombre del hospital Dirección postal completa N.º de teléfono:					
3. ¿Ha to	omado alguna vez mo	edicamentos psi	quiátricos? 🗌 Sí [☐ No (por ejemplo	o, para la depresió	n, la ansiedad, etc.)
SI LA	RESPUESTA ES SÍ	, indique los nor	mbres de todos los	medicamentos y	el nombre, númer	o de teléfono y
direcc	ión postal completa	del médico que	recetó el medicam	ento:		

4.			nte na e	estado alg	juna vez en (conseje	ria/terapia o ha sido	nospitaliza	ado para recibir
		psiquiátrico?							
	□Sí □ No	SI LA RESP	UESTA	ES SÍ, in	dique el nom	bre del	terapeuta, la agenc	ia o el hos	pital que brindó los
	-								
5.	-		_				ntos psiquiátricos?		
	SI LA RESF	PUESTA ES SÍ	, indiqu	e los nom	bres de todo	s los m	edicamentos y el no	mbre, núm	nero de teléfono y
	dirección po	ostal completa	del méd	dico que re	ecetó el med	icament	to:		
SECCI	ÓN 10: HIST	ORIAL DE AB							
	1.	¿Qué tipos de	alcoho	l bebe? _					
	2.	•							
	3.	_			-	•	•		amigos? Sí No
	4.				ŭ		•		lcohol? 🗌 Sí 🗌 No
		SI LA RESPU	ESTA E	ES SÍ, mai	rque todos lo	s tratan	nientos que correspo	ondan:	
	-	•				ación co	omo paciente interno)	
		ilitación como p							
	5.						<u> </u>	euta/agend	cia/hospital utilizado:
Fech	na:	Terapeuta/ho	spital:		Dirección	oostal c	ompleta:		Número de teléfono:
	6.	Historial de co		_					
N	ombre de la d	droga:	Con q	ué frecue	ncia:		Edad del primer us	so: F	echa del último uso:
	7.	Historial de us	o de m	edicamen	tos recetado	s:		•	
Nombre	e del medicam	nento y n.º miligr	amos:	Frecuenc	cia de toma:	Médic	o que hizo la receta:	Número o	de teléfono del médico:
	8. ¿Tiene	una tarjeta de	marihua	ana medic	inal?	No F	echa de vencimiento	D:	
	9. ¿Alguna	a vez ha perdic	lo su tra	abajo a ca	usa de las d	rogas o	el alcohol?	☐ No	
	10. ¿Su coi	nsumo de drog	as ha s	ido alguna	a vez un prol	olema e	ntre usted y su fami	lia y amigo	os? 🗌 Sí 🔲 No
	11. ¿Alguna	a vez un tribun	al ha or	denado q	ue se haga ι	ına prue	eba de drogas? 🔲	Sí 🗌 No	
	SI LA R	ESPUESTA E	S SÍ, cu	ıándo:			_		
	12. ¿Los re	sultados de las	prueba	as de drog	gas fueron po	ositivos	? ¿Para qué drogas'	?	
SECCI	IÓN 11: ENU	MERE LOS NO	MBRE	S Y FECI	HAS DE NA	CIMIEN.	TO DE TODOS LOS	S ADULTO	S QUE VIVEN
EN LA	CASA								<u> </u>

SECCIÓN 12: INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS	
NOMBRE DEL NIÑO N.º 1:	NOMBRE DEL NIÑO N.º 2:
Con quién vive:	Con quién vive:
Fecha de nacimiento del niño: Edad: Grado:	Fecha de nacimiento del niño: Edad: Grado:
Nombre de la escuela/guardería:	Nombre de la escuela/guardería:
Dirección de la escuela/guardería:	Dirección de la escuela/guardería:
N.º de teléfono de la escuela/guardería:	N.º de teléfono de la escuela/guardería:
Nombre del maestro/proveedor de guardería:	Nombre del maestro/proveedor de guardería:
Nombre del director:	Nombre del director:
Nombre del pediatra:	Nombre del pediatra:
Dirección del pediatra:	Dirección del pediatra:
N.º de teléfono del pediatra:	N.º de teléfono del pediatra:
¿Actualmente el niño tiene problemas físicos o emocionales?	¿Actualmente el niño tiene problemas físicos o emocionales?
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
SI RESPONDIÓ SÍ, ¿cuál es el problema?	SI RESPONDIÓ SÍ, ¿cuál es el problema?
¿Está el niño actualmente en consejería individual o en un grupo	¿Está el niño actualmente en consejería individual o en un grupo
de niños de padres divorciados? ☐ Sí ☐ No	de niños de padres divorciados? ☐ Sí ☐ No
N.º de teléfono/dirección del terapeuta:	N.º de teléfono/dirección del terapeuta:
NOMBRE DEL NIÑO N.º 3:	NOMBRE DEL NIÑO N.º 4:
NOMBRE DEL NIÑO N.º 3: Con quién vive:	NOMBRE DEL NIÑO N.º 4: Con quién vive:
Con quién vive:	Con quién vive:
Con quién vive: Edad: Grado:	Con quién vive: Fecha de nacimiento del niño: Edad: Grado:
Con quién vive: Fecha de nacimiento del niño: Edad: Grado: Nombre de la escuela/guardería:	Con quién vive: Fecha de nacimiento del niño: Edad: Grado: Nombre de la escuela/guardería:
Con quién vive: Edad: Grado: Nombre de la escuela/guardería: Dirección de la escuela/guardería:	Con quién vive: Fecha de nacimiento del niño: Edad: Grado: Nombre de la escuela/guardería: Dirección de la escuela/guardería:
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:	Con quién vive: Edad: Grado: Edad: Grado: Dirección de la escuela/guardería:
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:	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:
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:	Con quién vive: Edad: Grado: 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:
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: Nombre del pedi	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:
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:	Con quién vive: Edad: Grado: 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:
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:	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:
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: Dirección del pediatra: N.º de teléfono del pediatra: XActualmente el niño tiene problemas físicos o emocionales?	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: Dirección del pediatra: N.º de teléfono del pediatra:
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: Nombre del pediatra: N.º de teléfono del pediatra: N.º de tel	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: N.º
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: Nombre del pediatra: N.º de teléfono del pediatra: Sí	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 pediatra: Nombre del pediatra: Nombre del pediatra: N.º de teléfono del pediatra: Sí
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: Nombre del pediatra: Dirección del pediatra: Dirección del pediatra:	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: Dirección 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

SECCIÓN 13: SU RELACIÓN CON CADA NIÑO

 Describa a cada niño (marque todo lo que corresponda): 	
a. Nivel de actividad: energía alta energía baja	
b. Atención: puede concentrarse se distrae fácilmente	
c. Nivel de intensidad cuando está molesto: reacciona dramáticamente s	e vuelve silencioso
d. Tiene hambre o se cansa: ☐ en momentos predecibles ☐ en momentos im	predecibles
e. Respuesta a la estimulación: se sobresalta fácilmente con los sonidos	permanece en calma
i. Apetito: quisquilloso para comer come de todo	
ii. Adaptabilidad: ☐ se acerca a nuevas situaciones con facilidad ☐ le lleva muc	ho tiempo sentirse cómodo
iii. Cuando se enfrenta a obstáculos (ejemplo: armar un rompecabezas): el niño es paciente] el niño se da por vencido fácilmente
iv. Estado de ánimo en general: el niño es positivo y feliz el niño se enfoca e	n 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?	
Describa los intereses o las actividades especiales que usted y cada niño comp	arten:
6. ¿Qué tipo de disciplina funciona con cada niño?	·····
SECCIÓN 14: SUS ANTECEDENTES FAMILIARES Y OTRA INFORMACIÓN	
¿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?

NOMBRE DEL NIÑO N.º 1:	_

NOMBRE DEL NIÑO N.º 2:

NOMBRE DEL NIÑO N.º 3:	<u> </u>

NOMBRE DEL NINO N.º 4: