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

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

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

TIPO DE DEMANDA: ☐ **ADOPCIÓN DE PADRASTRO ($300)** ☐ **DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR ($300)**
☐ **ADOPCIÓN DOBLE POR PADRASTRO/DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR ($450)**

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

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:
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO:	
N.º DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	¿SE NOTIFICÓ LEGALMENTE AL PADRE SIN CUSTODIA? ☐ Sí ☐ No	
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):	¿CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? ☐ Sí ☐ 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):	¿CONSIENTE LA ADOPCIÓN/DEMANDA DE DECLARACIÓN DE LIBERTAD DEL MENOR? ☐ Sí ☐ 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 OBJECIÓN

NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):		PARENTESCO CON EL NIÑO:	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:
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 Adopción o Declaración de libertad del menor:
   a. Demandantes: ¿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? _____
   _____

f. ¿Cuál ha sido su participación sobre el cuidado de los niños? _____
_____
_____
_____
_____

SECCIÓN 6: CONTACTO CON LOS TRIBUNALES Y OTRAS AGENCIAS DEL ESTADO

A. TRIBUNAL PENAL: Enliste todos **SUS** arrestos en los últimos 10 años:

Fecha de arresto:	Cargos:	Agencia de aplicación de la ley:	Resultado:

1. Alguna vez le ordenaron A **USTED** en un tribunal asistir a:
   ☐ ¿Programa de intervención para agresores? ☐ ¿Tratamiento de drogas? ☐ ¿Control de la ira?
   ☐ ¿Consejería?
2. ¿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: _____
3. ¿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: _____
   _____
   _____
4. ¿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: _____
   _____
   _____
5. ¿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, las otras figuras paternas o sus hijos? ☐Sí ☐ No SI LA RESPUESTA ES SÍ, responda las siguientes preguntas:

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

SECCIÓN 7: 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:
N.º DE TEL. DE CASA:	N.º CELULAR:	OCUPACIÓN:
EMPLEADOR ACTUAL:	N.º DE TEL. DEL EMPLEADOR:	DÍAS/HORAS TRABAJADOS:

SECCIÓN 8: 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

   SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuál es su ocupación, nombre del empleador, número de teléfono y dirección del empleador? _____

   _____

2. ¿Cuánto tiempo ha estado con su empleador actual? Años: _____ Meses: _____

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 de la salida:

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

_____

_____

SECCIÓN 9: 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

   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? ☐ Sí ☐ No
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:	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 11: ENUMERE LOS NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE TODOS LOS ADULTOS QUE VIVEN EN LA CASA_____

_____

_____

_____

_____

SECCIÓN 12: 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 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:_____

_____

_____

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 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:_____

_____

_____

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 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:_____

_____

_____

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 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:_____

_____

_____

SECCIÓN 13: SU RELACIÓN CON CADA NIÑO

1. 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 ☐ 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

i. Apetito: ☐ quisquilloso para comer ☐ come de todo

ii. Adaptabilidad: ☐ se acerca a nuevas situaciones con facilidad ☐ le lleva mucho 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 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? _____

_____

_____

SECCIÓN 14: 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 15: ¿HAY ALGO MÁS QUE LE GUSTARÍA QUE EL INVESTIGADOR DE SERVICIOS DEL TRIBUNAL FAMILIAR SEPA? _____

NOMBRE DEL NIÑO N.º 1: _____

NOMBRE DEL NIÑO N.º 2: _____

NOMBRE DEL NIÑO N.º 3: _____

NOMBRE DEL NIÑO N.º 4: _____