



**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  
 DE TUTELA**

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

<b>SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL TUTOR</b>						
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:	
<u>DIRECCIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN:</u>						
<b>*NOTA: LOS INFORMES SE ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN DE CORREO QUE PROPORCIONÓ ARRIBA.</b>						
<b>NOMBRE DEL EMPLEADOR:</b> (si está desempleado escriba "desempleado")						
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:						
<b>SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LA MADRE BIOLÓGICA (LLENE LO MEJOR QUE PUEDA)</b>						
NOMBRE DEL PADRE (apellido y primer nombre):		DIRECCIÓN DEL PADRE BIOLÓGICO:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	
FECHA DE NACIMIENTO:	N.º DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:				
<b>NOMBRE DEL EMPLEADOR:</b> (si está desempleado escriba "desempleado")						
HORARIO DE TRABAJO DIARIO (hora de entrada y salida):						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
<b>SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL PADRE BIOLÓGICO (LLENE LO MEJOR QUE PUEDA)</b>						
NOMBRE DEL PADRE (apellido y primer nombre):		DIRECCIÓN DEL PADRE BIOLÓGICO:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	
FECHA DE NACIMIENTO:	N.º DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:				
<b>NOMBRE DEL EMPLEADOR:</b> (si está desempleado escriba "desempleado")						
HORARIO DE TRABAJO DIARIO (hora de entrada y salida):						

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
---------	-------	--------	-----------	--------	---------	--------

**SECCIÓN 4: 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 de visitas vigente?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cuál es?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Desea que el plan actual de visitas **cambie**?  Sí  No Si responde sí, responda lo siguiente:

a. Quiero **cambiar** el tiempo que los niños pasan con cada padre a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Si desea que **cambie** el plan de visitas actual, ¿cómo **beneficiarían a los niños** los cambios propuestos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 5: PARTICIPACIÓN ENTRE EL PADRE BIOLÓGICO Y LOS NIÑOS (NO DEJE EN BLANCO)**

a. ¿Cuál ha sido su participación o la de los padres biológicos con respecto al cuidado de los niños?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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:

