

FAMILY SERVICES OF THE CONCILIATION COURT
SUPERIOR COURT OF THE STATE OF ARIZONA
PINAL COUNTY

<http://pinalcountyz.gov/FSCC>

119 W. Central Avenue
Coolidge, AZ 85228

CUESTIONARIO SOBRE CUSTODIA Y REVISION DE CRIANZA

AVISO: RELLENE ESTE CUESTIONARIO Y LLEVELO A SU CITA ORDENADA POR EL TRIBUNAL. Esta información no es confidencial. POR FAVOR, USE LETRA DE MOLDE.

INFORMACION IDENTIFICADORA

Su nombre y apellidos que usa ahora		Nombres/apellidos que ha usado antes		
Dirección de correspondencia	Ciudad/Código	Teléfono Casa	Celular	Correo electrónico
Fecha de Nacimiento	Edad	Número de Seguro Social	Lugar de Nacimiento	
Nombre del abogado	Dirección	Numero de teléfono	Correo electrónico	

INDIQUE SUS DOMICLIOS POR LOS ULTIMOS 5 AÑOS:

Dirección	Estado	Código Postal	Fechas
Dirección	Estado	Código Postal	Fechas
Dirección	Estado	Código Postal	Fechas

LOS NIÑOS INVOLUCRADOS EN ESTE CASO

1.	Nombre/Apellidos del niño	Fecha de Nacimiento	Edad	Con quien vive
2.	Nombre/Apellidos del niño	Fecha de Nacimiento	Edad	Con quien vive
3.	Nombre/Apellidos del niño	Fecha de Nacimiento	Edad	Con quien vive
4.	Nombre/Apellidos del niño	Fecha de Nacimiento	Edad	Con quien vive

ESTATUS DE RELACION con la otra parte de este caso (Marque todo lo que aplica)

Nunca casados Nunca vivimos juntos casados Fecha de boda _____

Vivimos juntos de _____ a _____

Separados Fecha de separación _____

En trámite de divorcio Divorciados Fecha de divorcio_____

Indique otras personas quienes viven en su casa o regularmente pasan tiempo en su casa:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con usted _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con usted _____

EMPLEO PRESENTE Y PASADO (últimos 5 años)

Empleador presente	Fecha de comienzo	Horario de trabajo	Días de descanso
--------------------	-------------------	--------------------	------------------

Empleador anterior	Fecha de comienzo	Fecha fin	Empleador anterior	Fecha de comienzo	Fecha fin
--------------------	-------------------	-----------	--------------------	-------------------	-----------

Empleador anterior	Fecha de comienzo	Fecha fin	Empleador anterior	Fecha de comienzo	Fecha fin
--------------------	-------------------	-----------	--------------------	-------------------	-----------

USO DE DROGAS Y ALCOHOL (Conteste las preguntas 1 a 8 marcando si o no)

1. ¿Cualquiera de los padres ha usado drogas ilegales?
 Madre Si No
 Padre Si No

 2. ¿Cualquiera de los padres usa drogas ilegales actualmente?
 Madre Si No
 Padre Si No

 3. ¿Cualquiera de los padres ha abusado de alcohol en los últimos 5 años?
 Madre Si No
 Padre Si No

 4. ¿Cualquiera de los padres abusa de alcohol actualmente?
 Madre Si No
 Padre Si No

 5. ¿Cualquiera de los padres ha sido tratado por abuso de sustancias?
 Madre Si No
 Padre Si No

 6. ¿Cualquiera de los padres ha participado en pruebas de alcohol o drogas en los últimos dos años?
 Madre Si No
 Padre Si No

 7. ¿Hay una orden vigente para pruebas de alcohol/drogas?
 Madre Si No
 Padre Si No
- a. ¿Cuándo fue la última prueba? Madre _____ Padre _____

b. ¿Cuáles fueron los resultados? Madre _____ Padre _____

8. ¿Fueron condenados o el padre o la madre de asuntos relacionados con alcohol o drogas?

Madre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Fecha _____	Donde? _____
Padre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Fecha _____	Donde? _____

SALUD FISICA Y MENTAL

¿Se les trató a cualquiera de los padres alguna vez por problemas emocionales o psicológicos?

Madre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Diagnosis _____	Medicamentos _____
Padre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Diagnosis _____	Medicamentos _____

¿Cualquiera de los padres tienen mayores problemas de salud?

Madre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Diagnosis _____	Medicamentos _____
Padre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Diagnosis _____	Medicamentos _____

SALUD FISICA Y MENTAL DE LOS NIÑOS

¿Alguno de los niños ha sido evaluado o tratado por un psiquiatra, un psicólogo, trabajador social o un terapeuta?

Si No

¿Cual de los niños? _____

¿Alguno de los niños tiene necesidades especiales?

Si No

¿Cuál de los niños? _____

¿Alguno de los niños tiene problemas de salud graves?

Si No

¿Cual de los niños? _____
Diagnosis _____ Medicinas _____

ANTECEDENTES PENALES

¿Alguno de los padres fue arrestado, imputado con un delito o condenado, incluyendo delitos de violencia domestica o agresión sexual?

Madre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Padre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

¿Hay cargos pendientes contra cualquiera de los padres?

Madre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Padre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

¿Alguno de los padres o su pareja ha estado en libertad condicional, libertad vigilada o ha estado involucrado de otra manera con agentes del orden público?

Madre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Padre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Ha estado involucrada la agencia de Protección de Niños (CPS) con usted o con alguien más con quien sus hijos tienen contacto?

Madre Si No
Padre Si No

PROBLEMAS DE RELACION

1. Ha ocurrido algo de lo que sigue entre usted y el otro padre regularmente o con frecuencia?

Confrontación verbal Si No En caso de si, leve moderado severo
Confrontación física Si No En caso de si, leve moderado severo
Violencia hacia propiedad Si No En caso de si, leve moderado severo

2. Si usted contestó de "si" a cualquiera de las preguntas sobre violencia domestica, ocurrieron estos incidentes:

- a. Durante la relación
 Al final de la relación
 Desde la separación
- b. ¿Los niños fueron lesionados o fueron testigos de cualquiera de estos incidentes?

3. ¿Alguna vez se emitió una orden de protección en contra de usted o del otro padre?

Si No

4. En caso de que haya una orden vigente de protección, ¿cuando vence? _____

5. Están incluidos los niños en la orden de protección?

Si No

PREOCUPACIONES

Indique cualquier preocupación sobre el contacto que tenga el otro padre/madre con los niños o la capacidad de el/ella de cuidarlos

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

ARREGLOS ACTUALES DE CUSTODIA/TIEMPO DE VISITA

Con la madre: _____

Con el padre: _____

CUALES SON LOS CAMBIOS QUE USTED PROPONE AL PLAN DE CUSTODIA/VISITA?

Con la madre: _____

Con el padre: _____

HAGA UN RESUMEN DE SUS DISPUTAS QUE TIENE DE MOMENTO CON EL OTRO PADRE

Declaro so pena de perjurio y bajo las leyes del estado de Arizona que lo que antecede es la verdad y correcto.

Firma de persona llenando este cuestionario
REV 3/12/09

Fecha cuando se llenó