



CONFIDENCIAL

SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF SAN DIEGO

SERVICIOS FAMILIARES DEL TRIBUNAL (FCS por sus siglas en inglés)
HOJA DE DATOS (CONFIDENCIAL)

COMPLETE LAS TRES PÁGINAS

Nombre del Caso

Núm. del Caso

Fecha de la Sesión

Próxima audiencia

¿Ha venido alguna vez a Servicios Familiares en este Tribunal? Si No

SI EN ESTE MOMENTO TIENE UNA ORDEN DE PROTECCIÓN O HAY ALEGACIONES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SE LE PUEDE ATENDER POR SEPARADO.

¿Solicita usted una sesión por separado? Si No

Si desea usted que se le atienda por separado, infórmele a el/la empleado/a de Servicios Familiares del Tribunal al llegar.

PERSONA DE APOYO: Si usted está protegido por una orden de protección, una persona de apoyo puede acompañarle a su sesión FCS. La persona de apoyo primero debe firmar un Acuerdo de la Persona de Apoyo (SDSC Formulario # FCS-038S) de los Servicios de lo Familiar del Tribunal Violencia Intrafamiliar. Al presentarse usted, infórmele a el/la empleado/a de los Servicios Familiares del Tribunal que tiene una persona de apoyo.

¿Solicita usted que su domicilio y su teléfono permanezcan confidenciales? Si No

MARQUE UNO Padre Madre Abuelo(a) Otro (explique la relación)

NOMBRE Y APELLIDO LEGAL ALIAS O APELLIDO DE SOLTERA

DOMICILIO Número y Calle # Apto. Ciudad Estado Código Postal

NÚM. DE TEL. EN SU HOGAR NÚM. DE TEL. EN SU TRABAJO

HORARIO DE TRABAJO

FECHA DE NACIMIENTO / / LUGAR DE NACIMIENTO

LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL XXX - XX -

NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR ESTADO VIGENTE Si No

ABOGADO NÚM. DE TEL.

DOMICILIO Número y Calle # Apto. Ciudad Estado Código Postal

ABOGADO DE EL/LOS NIÑO(S) (si tienen) NÚM. DE TEL.

DOMICILIO Número y Calle # Apto. Ciudad Estado Código Postal

PADRES

Fecha de Matrimonio o Fecha en la que Empezaron a Vivir Juntos

Fecha de Separación ¿Se presentó la demanda de divorcio? ¿Cuándo?

NOMBRE DE LOS HIJOS MENORES DE EDAD

Table with 6 columns: Primer, Segundo, Apellido, Fecha de Nacimiento, Lugar de Nacimiento, Padre de Fam. con el que reside. Rows 1-4.

**CONFIDENCIAL**

NOMBRE DEL CASO _____	NÚM. DEL CASO _____
-----------------------	---------------------

**INFORMACIÓN MÉDICA Y DENTAL**

Nombre del Doctor de el/los niño(s) \_\_\_\_\_ Núm. de Tel. \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_  
Número y Calle # Apto. Ciudad Estado Código Postal

Enumere la información médica/dental que desea incluir durante la sesión FCS \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN**

	Niño(a)	Nombre de la Escuela	Maestro(a)/Consejero(a)	Grado
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____

**CONSEJERIA/TERAPIA**

Esta(n)  Niño(s)  Padre  Madre en Terapia?  Si  No

Terapeuta para _____	Terapeuta para _____
Nombre del Terapeuta _____	Nombre del Terapeuta _____
Domicilio _____	Domicilio _____
Núm. de Tel. _____	Núm. de Tel. _____
¿Cuándo comenzó la consejería? _____	¿Cuándo comenzó la consejería empezaron? _____

**ACTIVIDADES DE EL/LOS NIÑO/S Y OTRAS NECESIDADES ESPECIALES**

(Ejemplo: clases especiales, actividades en equipos, y transporte de ida y vuelta a estas actividades)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. ¿Hay alegaciones de intimidación verbal o amenazas?  Si  No

2. ¿Ha habido violencia física entre los padres?  Si  No

Si la hubo ¿Hace cuánto tiempo?  0 – 6 meses  6 meses – 1 año  1 año o más

3. ¿Las autoridades se han involucrado?  Si  No

Proporcione detalles: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha habido alegaciones de intimidación/amenazas verbales, violencia física, y/u órdenes de alejamiento entre usted y  su padre de familia  cónyuge actual o cohabitante  novio/a o prometido/a  otro?  Si  No Si es así, marque todas las Casillas pertinentes. Proporcione detalles:

5. ¿Ha habido acusaciones de maltrato/abuso contra su/s hijo/s o niño/s para los cuales usted proporciona cuidados?

Si  No Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Quién presento las alegaciones? \_\_\_\_\_

¿Quién el/la supuesto/a maltratador/a o abusador/a? \_\_\_\_\_

¿Los Servicios de Bienestar a los Niños (Child Welfare Services) (CWS por sus siglas en inglés) se han involucrado?

Si  No

Nombre y número de teléfono de el/la trabajador/a de (CWS) \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIAL**

NOMBRE DEL CASO	NÚM. DEL CASO
-----------------	---------------

**SERVICIOS FAMILIARES DEL TRIBUNAL DATOS PARA LA SESIÓN**  
**Complete las siguientes preguntas.**

1. ¿Cuál de los padres de familia presento la petición en el Tribunal? \_\_\_\_\_
2. ¿De qué se trata esta petición? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Hay una orden vigente del Juez para custodia y visitas?  Si  No
  - a. Si la hay, descríbala brevemente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - b. ¿Cuándo entró en vigor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Si no hay orden del Juez o se está siguiendo un horario diferente, de un resumen del horario actual de los padres de familia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Qué horario de visitas le gustaría tener? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que llenó este formulario

**NO ANEXE DOCUMENTOS**