



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 \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO PARA RECIBIR REPORTE CONFIDENCIAL DE FCS (servicios del tribunal familiar): \_\_\_\_\_
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 7 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**