

CUESTIONARIO DE LA CLÍNICA JURÍDICA

Fecha de finalización _____

Al completar este cuestionario, no dude en agregar páginas adicionales al cuestionario si es necesario para sus respuestas. Haga referencia al número de sección en sus respuestas en las páginas adicionales.

Afirmo que yo _____ soy la persona que completó este cuestionario.
(Su nombre aquí)

1. Datos demográficos

Su nombre completo: _____

Otros nombres usados: _____

Dirección (calle / ciudad / estado / código postal): _____

Números de teléfono: (celular) _____ (casa) _____ (trabajo) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Últimos 4 números de su SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____ Años: _____

Etnicidad: _____

Nombre del abogado: _____ Teléfono: _____

Nombre del otro padre: _____

2. Situación actual de vivienda

¿Vive en una casa, apartamento o casa modular? _____

¿Alquila o es propietario? _____ ¿A quién le pertenece la casa? _____

¿Cuándo se mudó allí? _____ # dormitorios: _____ # baños: _____

¿Cuáles son los arreglos para dormir de los niños? _____

¿Cuál es el número total de personas (adultos y niños) que viven en su hogar? _____

Enumere todas las personas (adultos y niños) que viven o pasan tiempo en su hogar:

ADULTOS:	Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Relación
----------	--------	------	---------------------	----------

NIÑOS	Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Relación
-------	--------	------	---------------------	----------

3. Relación actual de pareja

¿Está en una relación? **Sí** **No** Nombre de su pareja: _____

Últimos 4 números de su SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Teléfono celular #: _____

¿Cuánto tiempo lleva en esta relación? _____ ¿Viven juntos? **Sí** **No**

¿Está casado? **Sí** **No** ¿Fecha de casamiento? _____

¿Hace cuánto tiempo que su hijo(s) conoce a esta pareja? _____

Describa el papel de su pareja y la interacción con su(s) hijo(s): _____

¿Su pareja tiene hijos? **Sí** **No** En caso afirmativo, indique los nombres y edades de los hijos de su pareja: _____

Describa cómo su(s) hijo(s) se lleva con su pareja: _____

¿Dónde trabaja su pareja? _____

¿Tiene conocimiento de algún arresto o situación judicial con respecto a su pareja? Explique: _____

4. Historial de residencia

¿Está planeando mudarse del área de Albuquerque en los próximos 12 meses? **Sí** **No**

En caso afirmativo, indique adónde planea mudarse y por qué: _____

Enumere las direcciones (incluida la ciudad & estado) donde ha vivido en los últimos 5 años:

Fechas (desde / hasta) Dirección (ciudad y estado) Razón de la mudanza

5. Educación

¿Cuál es el nombre de su escuela preparatoria? _____ ¿Se graduó?

Sí **No**

Si es así, ¿en qué año se graduó? _____ Si no, ¿cuál es el grado más alto que completó? _____

¿Obtuvo un GED? **Sí** **No** Si es así, ¿cuándo? _____

¿Asistió a la universidad? **Sí** **No** Si es así, nombre la universidad: _____

¿Cuándo se graduó de la universidad? _____ ¿Con qué título? _____

¿Actualmente asiste a la escuela? **Sí** **No** Si es que sí, enumere su horario escolar a continuación:

Lun Mar Mié Jueves Vie Sáb Dom

6. **Empleo**

¿Está trabajando actualmente? **Sí** **No** Si es así, ¿dónde? _____

Título profesional: _____ ¿Cuánto tiempo ha trabajado allí? _____

Describa su trabajo / responsabilidades laborales: _____

Describa su horario de trabajo actual a continuación, incluya la hora de inicio / finalización (am / pm):

Lun Mar Mié Jueves Vie Sáb Dom

Número total de horas trabajadas por día: _____ por semana: _____

¿Qué tan flexible es su horario de trabajo? _____

¿Tiene seguro médico para usted? **Sí** **No** ¿Para sus hijos? **Sí** **No**

Nombre de la compañía de seguros: _____

Historial de trabajo previo de los últimos 5 años:

¿Dónde trabajó? ¿Por cuánto tiempo? ¿Razón para irse?

Si no pudo trabajar durante los últimos 5 años, describa la razón por la cual no pudo trabajar:

7. **Afiliación militar**

¿Sirve actualmente en el ejército? **Sí** **No** es así, ¿qué rama? _____

¿Está en servicio activo? **Sí** **No** ¿Está en las Reservas? **Sí** **No**

Fecha de alta: _____ Tipo de alta: _____

Si su alta fue "distinta a la honorable", describa las circunstancias:

¿El otro padre sirve en el ejército? **Sí** **No** Si es así, ¿en qué rama? _____

¿Está en servicio activo? **Sí** **No** ¿Está en las Reservas? **Sí** **No**

Fecha de alta: _____ Tipo de alta: _____

Si su despido fue "distinto a honorable", describa las circunstancias:

8. Statu quo del niño(s)

Complete la siguiente información sobre cada niño involucrado en este caso:

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
Nombre				
Apellido				
Fecha de nacimiento Edad				
Residencia (Ciudad / Estado)				
Religión				
Médico				
Dentista				
Escuela Grado escolar Maestro				
Cuidado de niños				
Terapeuta				
Recreación Actividades				
Necesidades especiales				

9. Información sobre el (los) niño(s)

Describa a su(s) hijo(s) y sus necesidades: _____

¿Alguna vez han diagnosticado a su(s) hijo(s) con un trastorno de salud mental? **Sí** **No**

En caso afirmativo explicar: _____

¿Se recetan actualmente medicamentos a su(s) hijo(s)? **Sí** **No**

En caso afirmativo, indique el nombre de los medicamentos, el motivo del medicamento y el nombre y número de teléfono del médico que receta:

¿Están sus hijos actualmente en terapia? **Sí** **No**

En caso afirmativo, indique el nombre del terapeuta, el número de teléfono y el motivo de la terapia.

¿Alguna vez su (s) hijo(s) ha expresado pensamientos de autolesión o intento de suicidio **Sí** **No**

Si es así, describa: _____

¿Alguna vez su(s) hijo(s) ha/n sido diagnosticado/s con necesidades especiales de cualquier tipo o sospecha que sus hijos tienen necesidades especiales? **Sí** **No** Si es así, describa:

¿Sus hijos reciben de servicios de educación especial en la actualidad? **Sí** **No** Si es así, describa:

¿Ha habido alguna vez separaciones o brechas en sus cuidados entre usted y su(s) hijo(s)?

Sí **No** Si es así, describa: _____

¿Existe actualmente o ha habido alguna vez alegaciones de abuso físico, sexual o psicológico (emocional) de su(s) hijo(s)? **Sí** **No** Si es así, describa:

¿Alguna vez usted o el otro padre fueron denunciados al Departamento de niños, jóvenes y familias (CYFD) en Nuevo México o en cualquier otro estado? **Sí** **No**

En caso afirmativo, describa e indique el nombre y número de teléfono del trabajador social:

10. Preocupaciones

Enumere cualquier inquietud que tenga sobre su(s) hijo(s):

Enumere las inquietudes que tenga con respecto al otro padre:

Enumere cualquier inquietud que tenga sobre la crianza compartida con el otro padre:

Enumere cualquier inquietud que tenga con respecto a la pareja del otro padre:

11. Arreglos actuales de crianza

¿Cuál es el programa actual de tiempo compartido que usted y el otro padre están siguiendo?

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							

¿Dónde intercambian al (los) niño(s)? _____

¿Cuándo comenzó este horario de tiempo compartido? _____

Describe cómo está funcionando el cronograma actual de tiempo compartido para los niños:

Si tenía un horario de tiempo compartido diferente antes del actual, describa:

¿Por qué cambió el horario de tiempo compartido? _____

¿Qué cambios en el horario de tiempo compartido o intercambios propone? _____

Enumere todos los días festivos / celebraciones / ocasiones especiales que celebra e indique cómo propone compartir cada día festivo, etc. con el otro padre: _____

12. **Custodia legal conjunta**

Se asume que la custodia legal conjunta es en el mejor interés del niño en Nuevo México. Esto implica que los padres tomen decisiones juntos con respecto a la ciudad de residencia del niño (s), religión, educación, guardería / cuidado de niños, atención médica que no sea de emergencia, atención dental, terapia y actividades recreativas organizadas. **No está relacionado con el tiempo compartido o la manutención de menores.**

¿Está dispuesto a compartir la custodia legal conjunta (toma de decisiones conjunta) con el otro padre?

Sí No Si la respuesta es no, explique:

13. **Relación con el otro padre del (los) niño(s)**

¿Cuándo y dónde se conocieron usted y el otro padre? _____

¿Vivieron juntos? **Sí** **No** Si es así, ¿cuándo se mudaron juntos? _____

¿Estaban casados usted y el otro padre? **Sí** **No**

En caso afirmativo, fecha de matrimonio: _____ Fecha de divorcio: _____

¿Cuándo se separó por última vez? _____

Si hubo varias separaciones, indique cuántas: _____

¿Por qué terminó su relación con el otro padre?

¿Existe alguna posibilidad de reconciliación? **Sí** **No** Tal vez Explique:

Describa su relación actual con el otro padre: _____

Describa la comunicación entre usted y el otro padre, incluido su método de comunicación (como mensajes de texto, teléfono, en persona, correo electrónico, etc.) y con qué frecuencia se comunica:

¿Qué pasos podría tomar para mejorar su comunicación con el otro padre?

14. **Información sobre el otro padre:**

¿El otro padre tiene una relación? **Sí** **No**

En caso afirmativo, indique el nombre de la pareja y cómo se siente acerca de la capacidad de esa persona para criar niños:

Describa brevemente la personalidad del otro padre, incluidas sus fortalezas y debilidades:

¿Tiene el otro padre algún problema de salud mental / emocional por el cual se requirió o se requiere tratamiento actualmente? **Sí** **No** En caso afirmativo, describa brevemente: _____

¿Tiene el otro padre algún problema médico / de salud por el cual se requirió o se requiere tratamiento actualmente? **Sí** **No** En caso afirmativo, describa brevemente: _____

Enumere los medicamentos (incluida la marihuana medicinal) que cree que el otro padre está tomando actualmente:

¿Cree que el otro padre tiene o ha tenido alguna vez un problema con el alcohol o las drogas?
Sí **No** Si es así, describa: _____

¿Alguna vez el otro padre ha sido acusado, arrestado y / o condenado por un delito?
Sí **No**
Describa lo que sabe de los antecedentes penales del otro padre, incluidos los arrestos y cargos: (Si tiene informes policiales, entrégueselos al clínico).

¿Conoce algún problema o dificultad financiera debido al juego del otro padre?
Sí **No** Si es así, describa: _____

15. Conflicto previo / violencia intrafamiliar

Describa un incidente típico de conflicto entre usted y el otro padre:

Describa el peor incidente de conflicto entre usted y el otro padre:

¿Hubo abuso físico, sexual, verbal o emocional en su relación? **Sí** **No**
En caso afirmativo, describa el tipo y el alcance del abuso: _____

Si hubo abuso, describa el PRIMER incidente de abuso: _____

¿Alguna vez ha solicitado una orden de restricción / orden de protección contra el otro padre?

Sí No En caso afirmativo explicar: _____

¿El otro padre u otra persona ha presentado alguna vez una orden de restricción / orden de protección en su contra? Sí No En caso afirmativo explicar: _____

¿Alguna vez su(s) hijo(s) presenciaron o escucharon violencia entre usted y el otro padre u otra persona? Sí No Si es así, describa: _____

16. Conflicto actual

Con **1** siendo el más bajo y **5** siendo el más alto, ¿cómo calificaría el nivel actual de conflicto entre usted y el otro padre en este momento? Circule una

1	2	3	4	5
Mínimo	Leve	Moderar	Algo severo	Muy severo

Describa el peor incidente de conflicto entre usted y el otro padre:

¿Han presenciado su(s) hijo (s) algún incidente reciente de conflicto entre usted y el otro padre?

Describa cualquier conflicto reciente entre su pareja actual y el otro padre:

Describa cualquier conflicto reciente entre usted y la pareja actual del otro padre:

17. Historial de su familia de origen

Relación	Nombre	Frecuencia de contacto	Dónde viven
Su madre			
Su padre			
Su(s) padrastro(s)			
Su(s) padrastro(s)			
Sus hermano(s)			
Su medio hermano(s)			
Su(s) medios hermano(s)			
Otro			

¿Sus padres estaban casados? **Sí** **No** ¿Sus padres se divorciaron / separaron? **Sí** **No**

Si sus padres se divorciaron / separaron, ¿qué edad tenía usted? _____

Si se divorciaron / separaron, ¿con qué frecuencia veía a cada padre?

Si no veía a ambos padres, explique por qué.

¿Su padre se volvió a casar? **Sí** **No** ¿Su madre se volvió a casar? **Sí** **No**

¿Fue adoptado? **Sí** **No** Si es así, ¿a qué edad? _____

¿Dónde nació y se crió (ciudad y estado)? _____

¿Quién lo crió? _____

Cuando usted estaba creciendo, ¿alguno de los adultos en su hogar abusaba física, emocional, sexual o verbalmente entre ellos en el hogar? Describa:

Cuando usted estaba creciendo, ¿había abuso físico, emocional, sexual o verbal entre los adultos que vivían en el hogar? Describa:

¿Cómo lo disciplinaban cuando estaba creciendo y quién era la persona que lo disciplinaba?

¿Cómo afectó la forma en que fue disciplinado la forma en que disciplina a sus hijos?

¿Dónde vive actualmente su padre (ciudad y estado)? _____

¿Dónde vive actualmente su madre (ciudad y estado)? _____

Describa su relación con su padre ahora:

Describa su relación con su madre ahora:

Describa su relación con cada uno de sus hermanos ahora (incluidos los medio hermanos y hermanastros):

Describa la relación entre sus padres y hermanos y sus hijos y describa la frecuencia con la que tienen contacto entre ellos:

18. **Historial de relaciones**

Enumere todos los matrimonios y / o relaciones importantes que haya tenido y los nombres y edades de los hijos que resultaron de cada relación:

Nombre de la persona Casado / Divorciado / Cohabitado (cuánto tiempo) Nombre de los hijos y sus edades

¿Alguna vez ha experimentado violencia doméstica en alguna de las relaciones mencionadas anteriormente? **Sí** **No**

En caso afirmativo, describa:

19. Historial Legal

Enumere todos los casos judiciales (federales, estatales o metropolitanos) de cualquier tipo en Nuevo México, otros estados u otros países. Incluya cualquier arresto.

Fecha	Cargos	Jurisdicción del caso (Nuevo México, otro estado, federal, etc.)	Resultado
-------	--------	---	-----------

Enumere todas las fechas y la duración de todos los encarcelamientos: _____

¿Está ahora o alguna vez ha estado bajo supervisión judicial / libertad probatoria / libertad condicional **Sí** **No**

En caso afirmativo, indique las fechas de inicio / finalización de todos: _____

Proporcione el nombre y número de teléfono de su oficial de libertad condicional / probatoria:

¿Ha violado alguna vez la supervisión del tribunal / libertad condicional / libertad condicional?

Sí **No** En caso afirmativo explicar:

20. Historial de consumo de alcohol/ sustancias

Describa su consumo de alcohol:

¿Qué tipo de alcohol bebe?	¿Cuándo fue la última vez que bebió?	¿Cuánto bebe de una vez? (cantidad)	¿Con qué frecuencia bebe usted? (frecuencia)

¿Alguna vez ha sido arrestado por DUI o DWI? **Sí** **No**

¿Cuántas veces? _____ ¿Cuándo? _____

¿Cuántas veces ha sido condenado por DUI o DWI? _____

Describa su uso de drogas ilegales: (incluya cualquier droga que use y que no le hayan recetado).

¿Qué drogas ha usado o está usando actualmente?	¿Cuándo fue la última vez que usó drogas?	¿Cuánto consume o consumió drogas? (cantidad)	¿Con qué frecuencia consume o consumió drogas? (frecuencia)

¿Está aprobado para la marihuana medicinal? **Sí** **No**

Si es así, para qué condición(es): _____

¿La marihuana fue recetada por un médico? **Sí** **No** En caso afirmativo, proporcione una carta de su médico recomendando el uso de marihuana y la afección (diagnóstico) por la que está siendo tratado. Traiga su tarjeta de marihuana medicinal para mostrársela al médico.

¿Alguna vez ha sido arrestado por un delito relacionado con drogas? **Sí** **No**

En caso afirmativo, describa los cargos y el resultado: _____

¿Alguna vez ha estado en un programa de tratamiento por drogas y / o alcohol? **Sí** **No**

Si es así, ¿cuándo y dónde? _____

¿Completo el programa de tratamiento? **Sí** **No**

En caso afirmativo, ¿cómo se puede verificar esto? _____

Si no, explique: _____

21. **Historial de salud mental**

¿Su familia de origen tiene antecedentes de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático o enfermedad mental?

Sí **No** En caso afirmativo, describa e indique su relación con el miembro de la familia:

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por algún problema de salud mental (como depresión, ansiedad, crisis nerviosa, problemas emocionales o juego)? **Sí** **No**

En caso afirmativo, ¿quién fue su proveedor de tratamiento? _____

¿Cuándo recibió el tratamiento? _____

Describa el tratamiento que recibió y el resultado. _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por algún problema de salud mental (como depresión, ansiedad, crisis nerviosa, problemas emocionales o juego)? **Sí** **No**

En caso afirmativo, describa el motivo de la hospitalización: _____

¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez le han recetado algún medicamento para un problema de salud mental **Sí** **No**

En caso afirmativo, enumere los medicamentos y describa el motivo: _____

¿Actualmente lo atiende un profesional de la salud mental (como un consejero, terapeuta, psicólogo o psiquiatra **Sí** **No**

En caso afirmativo, proporcione el nombre y el número de teléfono y explique la razón por la que está viendo al profesional: _____

¿Ha tenido pérdidas importantes? (muertes de familiares, hijos, amigos)? **Sí** **No**

En caso afirmativo, describa: _____

¿Ha experimentado dificultades financieras u otros problemas relacionados con el juego?
Sí **No**

En caso afirmativo, describa: _____

22. **Suicidio**

¿Alguna vez ha tenido pensamientos suicidas? **Sí** **No** Si es así, ¿cuántas veces y cuándo?

¿Ha intentado suicidarse? **Sí** **No** Si es así, describa:

¿Ha buscado tratamiento por sentimientos o intentos de suicidio? **Sí** **No** Si es así, describa:

¿Conoce algún pensamiento / intento suicida del otro padre? **Sí** **No** En caso afirmativo, describa:

¿Alguna vez el otro padre ha buscado tratamiento por sentimientos o intentos de suicidio?

Sí No

En caso afirmativo, describa:

¿Hay antecedentes de pensamientos y/o intentos suicidas en su familia? Sí No Si es así, describa:

¿Hay antecedentes de pensamientos y/o intentos suicidas en la familia del otro padre? Sí No

En caso afirmativo, describa:

23. **Historial médico / de salud**

Enumere todos los medicamentos recetados que está tomando actualmente, incluya la dosis y las razones:

Describa cualquier accidente grave en el que haya perdido el conocimiento. ¿Cuánto tiempo perdió el conocimiento? ¿Algún efecto a largo plazo? _____

¿Alguna vez le han diagnosticado una lesión cerebral traumática? Sí No En caso afirmativo, indique cuándo y describa cualquier síntoma que esté experimentando actualmente:

Enumere cualquier enfermedad crónica (como asma, diabetes, etc.) que tenga: _____

¿Tiene dificultades para dormir? **Sí** **No** Si es así, describa:

¿Toma algún medicamento para ayudarlo a dormir? **Sí** **No** Si es así, enumere:

24. Contención social

Describa su sistema de apoyo, incluidos amigos, grupos, clubes y asociaciones:

¿Cuáles son sus metas / planes personales para el futuro? _____

Describa sus conflictos personales y cómo los resuelve: _____

Describa qué le enoja y cómo maneja su enojo: _____

¿Cuáles son sus valores y describa los principios por los que vive? _____

Describa sus fortalezas / cualidades positivas: _____

Describa sus debilidades: _____

¿Qué tipo de cosas le molestan más y qué hace al respecto?

Cuando está muy estresado, ¿cómo lidia con el estrés?

25. Información adicional que le gustaría que sea considerada:

**CLÍNICA TRIBUNAL • 400 LOMAS NOROESTE • SEGUNDO PISO • ALBUQUERQUE, NUEVO MÉXICO 87102
Teléfono: (505) 841-7409 • FAX: (505) 841-6768 • CORREO ELECTRÓNICO: albdcourtclinic@nmcourts.gov**