

# EL TRIBUNAL SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE LOS ANGELES EVALUACIÓN DEL PLAN DE CRIANZA- CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

CASE NAME/NUMBER: _____	DEPARTMENT: _____	DATE: _____
<input type="checkbox"/> Parenting Plan Assessment	<input type="checkbox"/> Child interview	

**INSTRUCCIONES:** El cuestionario es importante para introducirle usted y su situación al Especialista de FCS asignado a conducir su Evaluación del Plan de Crianza. El propósito de esta evaluación es de desarrollar y recomendar un plan de crianza con el mejor interés de su(s) hijo(a).

Consulte el folleto del PPA para obtener más información. Si tiene alguna pregunta, comuníquese al 213-830-0835.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Primer Inicial del Segundo Apellido

Otros nombres que usted use/nombre de soltera, etc.: \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Número de Celular:** \_\_\_\_\_ **Número de Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Número de Licencia o Identificación:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
Street City State Zip

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_  
Tipo de Empleo Empleador Horas de Trabajo Días de Descanso

¿Necesita un intérprete?      Sí       No

**Abogado:** \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Número de Teléfono

**HIJOS(AS):** Escriba los nombres de los(as) niños(as) implicados en esta causa.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NIVEL ESCOLAR	ESCUELA DIRECCIÓN/NÚMERO DE TELÉFONO

Escriba los nombres y fechas de nacimiento de otros(as) niños(as) que viven en su hogar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique los nombres completos y las fechas de nacimiento de todos los demás adultos que viven en su hogar:

---



---



---

Enumere a cada uno de los(as) niños(as) en esta causa, los cuales han estado recibiendo tratamiento de parte de un consejero, terapeuta o psiquiatra.

NINO(A)	DOCTOR/CONSEJER	DIRECCION/NUMERO DE TELEFONO	FECHA

**HISTORIAL DE LOS PADRES DE TRATAMIENTO Y CONSEJERÍA PARA LA DROGADICCIÓN:**

MADRE	PADRE	CONSEJERO	DIRECCIÓN/NUMERO DE TELÉFONO	FECHA

**ANTECEDENTES PENALES**

¿Los padres han sido arrestados alguna vez? Madre: Sí  No  Padre: Sí  No

la respuesta es "sí", por favor explique e incluya la(s) fecha(s) de arresto:

---



---



---

**Por favor lea cada frase y marque la casilla correspondiente:**

Sí  No Una o más de las siguientes situaciones han ocurrido en su relación con el otro padre: bofetadas, golpes, estrangulamiento, patadas, empujones, jalones, relaciones sexuales forzadas, amenazas de \_\_\_\_\_ (describalo), u otro tipo de violencia \_\_\_\_\_ (describalo).

La violencia ocurrió:  Hace menos de un año  Hace más de un año  
 La violencia ocurrió:  Una vez entre las partes  Más de una vez entre las partes

Sí  No Usted o la otra parte ha lastimado físicamente a los menores.

Sí  No La policía u otra agencia del orden público han estado implicadas con usted o los menores por asuntos de

violencia doméstica.

Sí  No Hay en vigencia o pendientes, órdenes de protección o inhibitorias, como resultado de la violencia doméstica.

Sí  No El Departamento de Servicios para menores y para familias (DCFS o CPS) está, o estuvo, implicado con sus hijos.

Sí  No Actualmente existe un caso en lo Penal o en el Tribunal de menores.

**PLAN DE CRIANZA ACTUAL:** ¿Cuándo están los niños con usted y cuándo están con el otro padre?

**PLAN DE CRIANZA PROPUESTO:** Por favor describa el plan que usted propone e incluya otras opciones que consideraría.

**LAS RAZONES DE SU PETICIÓN:** Por favor de las razones por las cuales usted está pidiendo este plan de crianza e incluya sus preocupaciones acerca de los niños o de la relación entre ellos y el otro padre.