

**DANE COUNTY FAMILY COURT SERVICES**

Dane County Courthouse  
215 S Hamilton St, Room 2030  
Madison, Wisconsin 53703-3282

**CUESTIONARIO DE LA EVALUACION DE LA FAMILIA**

La siguiente encuesta se requiere para empezar la Evaluación de la Familia. Favor de completar cada parte. Si una pregunta no aplica, escriba "ninguno"; adjunte páginas adicionales si es necesario. Favor de firmar donde se indica en la última página. Cada padre puede pedir que hasta cinco referencias le manden una carta al evaluador. Estas referencias tienen que estar dispuestas a compartir información de sus propias experiencias u observaciones acerca de la relación del niño(s) con cada padre. Referencias personales pueden incluir parientes, amigos, o vecinos. Se debe mandar las cartas entre 30 días de su primera reunión con el evaluador. Muchas Gracias.

**FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA**

**Datos de identificación:** El Padre que llena el cuestionario

Su Nombre ahora (Primer Nombre, Apellido)		Otros apellidos que le llaman or le llamaban		
Dirección	Ciudad, Código Postal	Tel. de Casa	Tel. de Trabajo	Celular/Pager
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	Religión	

**Datos de identificación:** El otro Padre

**Número de Caso de la Corte de Familia**

Nombre (Primer Nombre, Apellido)

**Datos de identificación:** El/Los Niños involucrados en el caso

1.	Nombre Completo del primer niño	Fecha de Nacimiento
	La Escuela/Niñera (Daycare), y su Dirección y Número de teléfono	
	Nombre de Maestro	Días y Horas de Asistencia
2.	Nombre Completo del segundo niño	Fecha de Nacimiento
	La Escuela/Niñera (Daycare), y su Dirección y Número de teléfono	
	Nombre de Maestro	Días y Horas de Asistencia
3.	Nombre Completo del tercer niño	Fecha de Nacimiento
	La Escuela/Niñera (Daycare), y su Dirección y Número de teléfono	
	Nombre de Maestro	Días y Horas de Asistencia



De vez en cuando, los niños se portan mal. Describa cuales comportamientos usted considera malos, y como los trata:

Especifique en cual edad su(s) niño(s) caminaron, hablaron, pudieron ir al baño por su cuenta, o tuvieron alguna enfermedad durante su niñez:

Hay asuntos de abuso de alcohol o droga con su(s) niño(s)? Si es que sí, explique por favor: \_\_\_\_\_

Identifique cualquier necesidad especial de cada niño:

Como suelen reaccionar sus niños a los conflictos? \_\_\_\_\_

De que manera cree Ud que el divorcio ha afectado o afectará a sus niño(s)? \_\_\_\_\_

Que les dijeron a los niños de cuanto tiempo pasarán con cada padre? \_\_\_\_\_

### **INFORMACION ACERCA DE LOS PADRES**

Apunten otras personas que regularmente pasan tiempo en su casa.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Como está relacionado: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Como está relacionado: \_\_\_\_\_

**La Historia de Empleo de Ud. (de los últimos 5 años, adjunte hojas adicionales si es necesario):**

1.            \_\_\_\_\_  
Empleador                      Dirección                      Ciudad, Código Postal                      Número de Tel.

\_\_\_\_\_   
Fecha de Empezar/Terminar (si aplica)                      Horario Actual de trabajo/ Razon por irse si aplica

2.            \_\_\_\_\_  
Empleador Previo                      Dirección                      Ciudad, Código Postal                      Número de Tel.

\_\_\_\_\_   
Fecha de Empezar/Terminar                      Razon por irse si aplica

**SI ES NECESARIO, ADJUNTE HOJAS ADICIONALES PARA CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

Describa sus padres; incluye padrastros o padres adoptivos: \_\_\_\_\_

Describa como sus padres reaccionan a los conflictos entre ellos: \_\_\_\_\_

Describa las actividades de familia en que sus padres participan con Ud.: \_\_\_\_\_

Describa su relación con sus hermanos, incluyendo hermanastros y medios hermanos: \_\_\_\_\_

Describa las celebraciones de ocasiones especiales o días festivos de su familia de origen: \_\_\_\_\_

Cuales son las tradiciones de días festivos que cada padre celebran con su(s) niño(s)? \_\_\_\_\_

Como quisieras ver sus tradiciones de días festivos incorporadas en el futuro arreglo de custodia física? \_\_\_\_\_

Como afectó la venida de niños a la relación entre ud y el otro padre? \_\_\_\_\_

Describa como se compartían las responsabilidades de ser padre: \_\_\_\_\_

Describa brevemente los problemas de relación que tienen: \_\_\_\_\_

Describa los tres eventos mas estresantes en su vida, indicando su edad, que pasó, y como usted reaccionó: \_\_\_\_\_

**Información Legal:**

*(Llene los que apliquen)*

Alguno de ustedes los padres fueron arrestado, cargado, convicto de un crimen, en procesamiento postergado (para Primeras Ofensas), en libertad condicional, o involucrado de otra forma con las agencias del enforzamiento de ley (policia)?

Usted:    Sí    No                                    El Otro Padre:    Sí            No

Si es que sí, por favor describa (Lugar y fecha de los cargos/ofensas, agencia del enforzamiento de ley, nombre y número de teléfono del official de libertad condicional, fechas de involucración, etc.)

**Salud Física:**

Apunte su médico o proveedor de cuidado médico: (Nombre completo, dirección, y número de teléfono)

Hay alguien que vive en su casa que tiene problemas físicas/médicas? (Si es que sí, por favor explique)

**El Uso de Drogas y Alcohol:**

1. Hay alguien en su "familia inmediata" que tiene problemas con el abuso de drogas o alcohol? Quién? Que clase de problema tiene?

2. Usted tiene alguna preocupación del uso del otro padre de alcohol u otras "sustancias controladas" (drogas legales o ilegales)?    \_\_\_ Si    \_\_\_ No.  
Si es que sí, por favor explique \_\_\_\_\_

**Salud Mental:**

Alguna vez fueron uno de ustedes los padres evaluado o tratado por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, o consejero (favor de incluir cualquieras internaciones en el hospital por asuntos relacionados con la salud mental)? (Si es que sí, por favor complete la siguiente sección)

1. \_\_\_\_\_  
El nombre del padre tratado El problema que tiene o que tuvo

\_\_\_\_\_   
El nombre del proveedor, la dirección, y el número de tel. Las fechas que el padre recibió servicio

2. \_\_\_\_\_  
El nombre del padre tratado El problema que tiene o que tuvo

\_\_\_\_\_   
El nombre del proveedor, la dirección, y el número de tel. Las fechas que el padre recibió servicio

Toma usted o el otro padre algun medicamento? (Si es que sí, explique) \_\_\_\_\_

Alguna vez uno de ustedes los padres amenazó o intentó suicidarse? (Si es que sí, explique) \_\_\_\_\_

**Historia Actual de Relaciones:**

Pareja Actual (si aplica):

\_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de Nacimiento Dirección

Cuanto tiempo hace que conoce a su pareja actual? \_\_\_\_\_

Están viviendo juntos? Si es que sí, hace cuanto que se mudaron juntos? \_\_\_\_\_

Presentamente, piensan casarse? Si es que sí, cuando? \_\_\_\_\_

Describa como su relación actual puede estar afectando al/a los niño(s): \_\_\_\_\_

Si tiene niños con su pareja actual, provea los nombres y fechas de nacimiento de los niños:

Si su pareja actual tiene niños de una relación anterior, provea sus nombres y fechas de nacimiento:

Apunte sus matrimonios y parejas con quien usted ha vivido, empezando con los más recientes:

1. \_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de Nacimiento Fechas que se juntaron/se separaron Fechas de Casamiento/Divorcio

2. \_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de Nacimiento Fechas que se juntaron/se separaron Fechas de Casamiento/Divorcio

**ASUNTOS DEL “ACCESO” Y TIEMPO DE CADA PADRE CON EL NIÑO**

Apunten las maneras que los niños benefician con la relación que tienen con usted.

---

---

Apunten las maneras que los niños benefician con la relación que tienen con el otro padre.

---

---

***Arreglos Propuestos de Tiempo de Cada Padre con el Niño:***

Describa la cantidad de tiempo que usted piensa que los niños debe estar con cada padre, o adjunte la forma de “State of Wisconsin Proposed Parenting Plan” (disponible por la oficina del “Dane County Clerk of Courts.”)

Tiempo con usted: \_\_\_\_\_

Tiempo con el otro padre: \_\_\_\_\_

Describa como se debe hacer las decisiones grandes con respeto a los niños. \_\_\_\_\_

---

Describa las tradiciones de días festivos en su familia y como se debe organizar en el futuro \_\_\_\_\_

---

---

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Gracias por tomar el tiempo de completar este cuestionario. Favor de agregar cualquiera otra información que uste cree que puede ayudarle al evaluador.**