



## CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA CONDADO DE MONTEREY

1200 Aguajito Road • Monterey, California • 93940  
Tel (831) 647-5891 Fax (831)647-5899  
[www.monterey.courts.ca.gov](http://www.monterey.courts.ca.gov)

### INSTRUCCIONES

El Cuestionario adjunto de **CONSULTA BASADA EN HECHOS** debe completarse y entregarse a los Servicios del Tribunal de Familia del Tribunal Superior del Condado de Monterey ya sea por 1) cierre de los asuntos del tribunal hoy; o 2) a más tardar al día siguiente de la recepción de este formulario, a menos que el Tribunal ordene lo contrario.

***Si no completa y envía el formulario del cuestionario, se retrasarán los procedimientos judiciales y puede estar sujeto a sanciones penales por no cumplir con la orden judicial.***

Complete y envíe el formulario de cuestionario a:

**Por Fax a 831-647-5899**

**Por correo electrónico a [fcs@monterey.courts.ca.gov](mailto:fcs@monterey.courts.ca.gov)**

**A la caja afuera del edificio o en la Oficina de Los Servicios de la Corte Familiar  
Tribunal Superior del Condado de Monterey  
Servicios de la Corte Familiar, Tercer Piso, Sala 303  
1200 Aguajito Road, Monterey, CA**

y hacer pagos pagaderos al Tribunal Superior del Condado de Monterey en:

**Tribunal Superior del Condado de Monterey  
Oficina del Secretario, Primer Piso  
1200 Aguajito Road, Monterey, CA**

---

El propósito de la remisión es ayudar a las partes en la recopilación de hechos relacionadas con la solicitud de tiempo de crianza de las partes y proporcionar al Tribunal información relevante sobre hechos en disputa que le permitirá al Tribunal hacer conclusiones y determinar el plan de custodia o paternidad que será en el mejor interés de los niños y para asegurar que la decisión del Tribunal no se base en corazonadas, suposiciones o conjeturas.

El Enlace de Servicios del Tribunal de Familia preparará y presentará un informe al Tribunal. Se le proporcionarán copias del informe a usted y a su abogado antes de la próxima audiencia judicial. Es importante que discuta cualquier informe escrito con su abogado, si está representado.

El informe nunca debe discutirse ni proporcionarse copias a sus hijos ni a otras personas. El informe es un **documento confidencial** y debe tratarse como tal.

For Court Use Only

# FORMA DE CUESTIONARIO

Tribunal Superior de California  
Servicios del Tribunal de Familia  
del Condado de Monterey

Nota: Por favor escriba claramente o escriba. Este formulario debe completarse de manera precisa y completa. Toda la información debe estar actualizada y no proporcionar toda la información retrasará sus procedimientos judiciales y puede dar lugar a sanciones judiciales en su contra.

## Información Personal

Número(S) De Caso Judicial: \_\_\_\_\_

Nombre Legal Completo: \_\_\_\_\_

Otros Nombres Usados: \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Números Telefónicos

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información de Empleo

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Título Profesional: \_\_\_\_\_

Dirección/Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Sus Horas/Días de Trabajo: \_\_\_\_\_

## Información del Abogado

¿Tienes un Abogado? Si  No  Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Hijos Menores de Edad:** Para cada uno de sus hijos, proporcione la siguiente información y enumere los hijos de este caso **PRIMERO**. Puede usar una segunda página si es necesario:

1. ¿El niño vive contigo? Si  No

¿Es el niño parte de este caso? Si  No

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre y número de teléfono del niño que asiste a la escuela

Grado

Nombre del maestro

Nombre del proveedor de guardería

Dirección

Número de teléfono

Nombre del proveedor de atención médica (incluye médico, dentista o consejero)

Número de teléfono

2. ¿El niño vive contigo? Si  No

¿Es el niño parte de este caso? Si  No

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre y número de teléfono del niño que asiste a la escuela

Grado

Nombre del maestro

Nombre del proveedor de guardería

Dirección

Número de teléfono

Nombre del proveedor de atención médica (incluye médico, dentista o consejero)

Número de teléfono

3. ¿El niño vive contigo? Si  No

¿Es el niño parte de este caso? Si  No

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre y número de teléfono del niño que asiste a la escuela

Grado

Nombre del maestro

Nombre del proveedor de guardería

Dirección

Número de teléfono

Nombre del proveedor de atención médica (incluye médico, dentista o consejero)

Número de teléfono

4. ¿El niño vive contigo? Si  No

¿Es el niño parte de este caso? Si  No

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre y número de teléfono del niño que asiste a la escuela

Grado

Nombre del maestro

Nombre del proveedor de guardería

Dirección

Número de teléfono

Nombre del proveedor de atención médica (incluye médico, dentista o consejero)

Número de teléfono

### **Actividades Después De La Escuela:**

¿Están los niños involucrados en alguna actividad después de la escuela? En caso afirmativo, indique el nombre del niño, el tipo de actividad, el director de la actividad o el nombre, la dirección y el número de teléfono del director.

---

---

---

## Ocupantes del Hogar:

Haga una lista de todas las personas de 18 años o más que viven en SU hogar: incluye amigos, parientes o compañeros de casa

---

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación contigo	Número de teléfono
--------	---------------------	------------------	--------------------

---

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación contigo	Número de teléfono
--------	---------------------	------------------	--------------------

---

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación contigo	Número de teléfono
--------	---------------------	------------------	--------------------

---

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación contigo	Número de teléfono
--------	---------------------	------------------	--------------------

---

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación contigo	Número de teléfono
--------	---------------------	------------------	--------------------

---

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación contigo	Número de teléfono
--------	---------------------	------------------	--------------------

---

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación contigo	Número de teléfono
--------	---------------------	------------------	--------------------

Haga una lista de todas las personas de 17 años o menos que viven en el hogar: incluye a los hijos de amigos, parientes o compañeros de casa

---

Nombre	Edad	¿Cuyo hijo?
--------	------	-------------

---

Nombre	Edad	¿Cuyo hijo?
--------	------	-------------

---

Nombre	Edad	¿Cuyo hijo?
--------	------	-------------

---

Nombre	Edad	¿Cuyo hijo?
--------	------	-------------

---

Nombre	Edad	¿Cuyo hijo?
--------	------	-------------

---

Nombre	Edad	¿Cuyo hijo?
--------	------	-------------

---

Nombre	Edad	¿Cuyo hijo?
--------	------	-------------

**Violencia Doméstica:**

¿Usted, el otro padre o alguien que reside en su hogar ha sido víctima o acusado de violencia doméstica?

Si  No  Si sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

---

**Antecedentes penales:**

¿Alguna vez usted, el otro padre o alguien que reside en su casa ha tenido contacto con la policía?

Si  No  Si sí, en cuales condados: \_\_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

---

**Abuso De Drogas O Alcohol:**

¿Usted, el otro padre o alguien que reside en su hogar ha sufrido abuso con alcohol, medicamentos recetados o sustancias controladas?

Si  No  Si sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

**Salud Mental:**

¿Usted, el otro padre o alguien que reside en su hogar ha tenido problemas de salud mental, recibió un diagnóstico de salud mental o le recetaron medicamentos para la salud mental?

Si  No  Si sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del Estado de California, que he completado este documento tan completamente como pude y que todo es verdadero y correcto.

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



**SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA  
COUNTY OF MONTEREY**

1200 Aguajito Road • Monterey, California • 93940  
Tel (831) 647-5891 Fax (831) 647-5899  
[www.monterey.courts.ca.gov](http://www.monterey.courts.ca.gov)  
[fcs@monterey.courts.ca.gov](mailto:fcs@monterey.courts.ca.gov)

**INFORMATION RELEASE FORM/FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Court Case Number/Numero del Caso: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ authorize any public agency, medical physician, psychologist, treating therapist, drug and/or alcohol treatment program, hospital, law enforcement agency, teacher, counselor or child care provider possessing information about me or my minor child[ren], confidential or otherwise, to release this information, including copies, to the Family Court Services Liaison. I consent to my child[ren] being interviewed by the Family Court Services Liaison and that interviews may take place at the child[ren]'s school if deemed appropriate by the Family Court Services Liaison. I understand this information will be used as the Court may deem fit and proper. This release shall remain valid for one year from the date signed. I understand I may be required to seek from my physician a signed HPPA Authorization form for release of information to the Family Court Services Liaison.

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a cualquier agencia pública, médico, psicólogo, terapeuta de tratamiento, programa de tratamiento de drogas y/o alcohol, hospital, agencia de cumplimiento de la ley, maestro, consejero o proveedor de cuidado infantil que posea información sobre mí o mis hijos menores, confidencial o de lo contrario, para divulgar esta información, incluidas las copias, al Enlace de Servicios de la Corte Familiar. Doy mi consentimiento para que mi(s) hijo(s) sea entrevistado (a) por el Enlace de Servicios del Tribunal de Familia y que las entrevistas puedan tener lugar en la escuela del niño(a) si el Enlace de Servicios de la Corte Familiar lo considera apropiado. Entiendo que esta información se utilizará como el Tribunal lo considere apropiado. Esta liberación será válida por un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que se me puede solicitar que solicite a mi médico un formulario de Autorización de HPPA firmado para divulgar información al Enlace de Servicios de la Corte Familiar.

\_\_\_\_\_  
Date Signed/Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Signature/Firma

\_\_\_\_\_  
Date of Birth/Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Print Name/Imprimir Nombre

Name of Child/Nombre del Niño:

Child's Date of Birth/Fecha de Nacimiento:

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

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