

**CIRCUITO DE CORTE DEL CONDADO DE DUPAGE
DEPARTAMENTO DE LIBERTAD PROVISIONAL**

Questionario de la Historia Social del/de la Joven

Nómbre del Joven: _____
Lugar de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Número de Seguro Social: _____
Oficial de Libertad Provisional: _____
Fecha de la Entrevista: _____

MADRE Biologica/de Adopción
(círcule una)

Nómbre _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edád: _____
(Primer, Segundo, Apellido de soltera, Apellido de Casada)

Lugar de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____
(Cálle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Empleador: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección de su lugar de empleo: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Título de Posición: _____ Horas: _____ ¿Cuanto tiempo tiene trabajando allí? _____

Empleador anterior: _____ Posición sostenida: _____

¿Cuanto tiempo estuvo allí? _____ Razón por cual se fue: _____

Número de trabajos sostenidos en los últimos diez años: _____ Nivel de Educación completado: _____

Estado de Inmigración: _____

¿Veterano? Si ___ No ___ Rama: _____ Fecha/Tipo de despido: _____

Historia Matrimonial:
Fecha en la que se casó con su marido actual: _____ Nombre de su marido actual: _____

Fecha del matrimonio(s) previo(s): _____ Nombre de marido(s) previo(s): _____

¿Como/Cuando terminaron los matrimonios previos? _____

Problemas de Salud (físicos y/o emocionales, incluyendo cosejería y/o hospitalizaciones)

PROBLEMAS	TRATAMIENTOS/RECURSOS	FECHAS

Lista de medicaciones: _____

Describe el uso/abuso de alcohol: _____

Describe el abuso de droga(s): _____ Tratamiento: _____

CONTACTOS CON LA POLICIA (incluyendo de trafico y/o relacionado con problemas domesticos):

Fecha	Ofensa	Departamento de Policía	Disposición

PADRE

Biologico/de Adopción
(circule uno)

Nómbre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____

(Primer, Segundo, Apellido de Casada)

Lugar de Nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Dirección: _____ **Número de Teléfono:** _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Empleador: _____ **Número de Teléfono:** _____

Dirección de su lugar de empleo: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Título de Posición: _____ **Horas:** _____ **¿Cuanto tiempo lleva trabajando allí?** _____

Empleador anterior: _____ **Posición sostenida:** _____

¿Cuanto tiempo estuvo allí? _____ **Razón por cual se fue:** _____

Número de trabajos sostenidos en los últimos diez años: _____ **Nivel de Educación completado:** _____

Estado de Inmigración: _____

¿Veterano? Si ___ No ___ **Rama:** _____ **Fecha/Tipo de despido:** _____

Historia Matrimonial:

Fecha en la que se casó con su esposa actual: _____ **Nombre de su esposa actual:** _____

Fecha del matrimonio(s) previo(s): _____ **Nombre de esposa(s) previa(s):** _____

¿Como/Cuando terminaron los matrimonios previos? _____

Problemas de Salud (físicos y/o emocionales, incluyendo cosejería y/o hospitalizaciones)

PROBLEMAS	TRATAMIENTOS/RECURSOS	FECHAS

Lista de medicaciones: _____

Describe el uso/abuso de alcohol: _____

Describe el abuso de droga(s): _____ **Tratamiento:** _____

CONTACTOS CON LA POLICIA (incluyendo de trafico y/o relacionado con problemas domesticos):

Fecha	Ofensa	Departamento de Policía	Disposición

Madrastra ¿De adopción? _____

Nómbre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____
(Primer, Segundo, Apellido de soltera, Apellido de Casada)

Lugar de Nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Dirección: _____ **Número de Teléfono:** _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Empleador: _____ **Número de Teléfono:** _____

Dirección de su lugar de empleo: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Título de Posición: _____ **Horas:** _____ **¿Cuanto tiempo lleva trabajando allí?** _____

Empleador anterior: _____ **Posición sostenida:** _____

¿Cuanto tiempo estuvo allí? _____ **Razón por cual se fue:** _____

Número de trabajos sostenidos en los últimos diez años: _____ **Nivel de Educación completado:** _____

Estado de Inmigración: _____

¿Veterano? Si ___ No ___ **Rama:** _____ **Fecha/Tipo de despido:** _____

Historia Matrimonial:

Fecha en la que se casó con su marido actual: _____ Nombre de su marido actual: _____

Fecha del matrimonio(s) previo(s): _____ Nombre de marido(s) previo(s): _____

¿Como/Cuando terminaron los matrimonios previos? _____

Problemas de Salud (físicos y/o emocionales, incluyendo cosejería y/o hospitalizaciones)

PROBLEMAS	TRATAMIENTOS/RECURSOS	FECHAS

Lista de medicaciones: _____

Describe el uso/abuso de alcohol: _____

Describe el abuso de droga(s): _____ **Tratamiento:** _____

CONTACTOS CON LA POLICIA (incluyendo de trafico y/o relacionado con problemas domesticos):

Fecha	Ofensa	Departamento de Policía	Disposición

Padrastro ¿De adopción? _____

Nómbre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____
(Primer, Segundo, Apellido de Casada)

Lugar de Nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Dirección: _____ **Número de Teléfono:** _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Empleador: _____ **Número de Teléfono:** _____

Dirección de su lugar de empleo: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Título de Posición: _____ **Horas:** _____ **¿Cuanto tiempo lleva trabajando allí?** _____

Empleador anterior: _____ **Posición sostenida:** _____

¿Cuanto tiempo estuvo allí? _____ **Razón por cual se fue:** _____

Número de trabajos sostenidos en los últimos diez años: _____ **Nivel de Educación completado:** _____

Estado de Inmigración: _____

¿Veterano? Si ___ No ___ **Rama:** _____ **Fecha/Tipo de despido:** _____

Historia Matrimonial:

Fecha en la que se casó con su esposa actual: _____ **Nombre de su esposa actual:** _____

Fecha del matrimonio(s) previo(s): _____ **Nombre de su esposa(s) previa(s):** _____

¿Como/Cuando terminaron los matrimonios previos? _____

Problemas de Salud (físicos y/o emocionales, incluyendo cosejería y/o hospitalizaciones)

PROBLEMAS	TRATAMIENTOS/RECURSOS	FECHAS

Lista de medicaciones: _____

Describe el uso/abuso de alcohol: _____

Describe el abuso de droga(s): _____ **Tratamiento:** _____

CONTACTOS CON LA POLICIA (incluyendo de trafico y/o relacionado con problemas domesticos):

Fecha	Ofensa	Departamento de Policía	Disposición

Hermanos(as) del/de la J6ven

De padre y madre/ De padre o madre/ De crianza

Nombre

Fecha de nacimiento

¿Con quien vive?

Contactos con la Polici3a/Contactos con la Corte

Otros Miembros de la Familia (Incluya personas con las que crecio/o estuvo durante su niñez)

Nombre

Fecha de Nacimiento

Relacion con el/la menor

Fechas

Familiares Importantes

Nombre

Fecha de Nacimiento

Relacion con el/la menor

Frecuencia con la que tienen contacto

AMBIENTE EN EL HOGAR

Responsabilidades del/de la J6ven en la casa: _____

Hora que el/la j6ven deve de estar en la casa: _____

Describe si el/la j6ven pone atenci3n y/o est3 conforme: _____

¿Como y por quien es disciplinado el/la j6ven? _____

Describe si el/la j6ven pone atenci3n y/o est3 conforme: _____

Supervisi3n para el menor. ¿Por quien? _____ ¿Cuando? _____

N3mero de veces que el/la j6ven se ha ido de la casa: _____

N3mero de veces que el/la j6ven ha sido botado de la casa: _____ (Sea o no haya sido reportado a la policia)

Sist3ma de soporte para el/la menor o su familia. Mencione familiares o amigos que ofrecen soporte. _____

Describe la relacion del juvenil con (incluya reporte/comunicaci3n)

Madre: _____

Padre: _____

Otros familiares/o personas que forman parte del hogar: _____

Personalidad del/de la Joven/ Comportamiento

¿Cómo el/la joven responde al rechazo o respuestas negativas? _____

¿Cómo el/la joven demuestra que esta enojado(a)? _____

¿Cuales son los planes para el futuro del/de la menor? _____

¿El/la menor es optimista? _____

Estado económico de la familia

Sueldo de la familia: De la madre: _____ Del padre: _____

Describe el acuerdo para el soporte financiero del/de la niño(a): _____

¿Renta/Hipoteca? _____ Cantidad de pago: _____

Seguro medico del/de la joven: _____ Número de póliza: _____

Nómbre del/de la agente: _____ Número de teléfono: _____

Nivel de cobertura Psiquiátrica y/o de consejería: _____

Nivel de cobertura dental: _____

Estado financiero del/de la joven

Salario \$ _____ Dinero que los padres proveen \$ _____

Ahorros \$ _____ Otros \$ _____

HISTORIA DE EMPLEO DEL/DE LA MENOR (porfavor traiga prueba de pago a la entrevista)

Empleador presentemente: _____

Posición: _____

Fechas: _____

Horario: _____

Salario: _____

<u>Previos empleadores</u>	<u>Fechas</u>

Mayor cantidad de semanas que ha estado empleado(a) _____

Escriba los nombres de empleadores y compañeros(as) de trabajo adultos con los que el/la joven tiene una relación positiva: _____

Actividades del/de la joven para diversión/con sus amistades

Intereses y pasatiempos (incluya el uso de su tiempo libre) _____:

Actividades organizadas (incluya organizaciones/clubes, deportes, y equipos, etc.): _____

Religión y/o actividades religiosas (incluya afiliación y frecuencia con la que asiste la familia y el/la joven) _____

Describa cualquier involucramiento con cultos y/o grupos satánicos: _____

Enumere los nombres de las amistades a las que el/la joven admira: _____

Amistades y conocidos del/de la joven (Nombre, Frecuencia con la que se ven o tienen contacto, si los padres saben y están de acuerdo, si las amistades tienen influencia positiva o negativa en el/la joven, etc.):

Amistades positivas

Amistades negativas

Afiliación del/de la joven en gangas: _____

Enumere los nombres de los miembros de la comunidad con los que el/la joven tiene una relación positiva: _____

Residencia del/de la joven

Dirección presentemente _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de teléfono: _____ Fecha en la que el/la joven se mudó _____ Número de recámaras: _____

Tipo de residencia: _____ Describa el barrio: _____
(apartamento / casa)

Residencia(s) previa (por los últimos 10 años)

Dirección	Fechas		Razón por la que se mudó
Ciudad/Estado	De:	Hasta:	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Educación del/de la joven

Número	Nombre	Ciudad/Estado	Cursos a los que atendió	Promedio de calificación
	Escuela Primaria			
	Escuela Intermedia			
	Escuela Superior			
	Otras:			
	Escuela a la que el/la joven asiste actualmente			
	Fecha en la que fue inscrito(a):		Fecha en la que dejó de asistir:	
	Grado presente o último grado al que asistió:		Designación especial de educación:	
	Actividades escolares:			
	Historial de asistencia escolar (¿El/la joven corta clases?)			
	Describa acciones disciplinarias e/o incidentes disciplinarios en la escuela:			
	Ejecución académica (Incluyendo el número de clases que el/la joven reprobó este año):			
	¿Cómo se lleva el/la joven con sus profesores(as) y sus compañeros(as) de clase?			
	Enumere los beneficios que el/la menor ve en atender a la escuela:			
	Describa el soporte que el/la menor cree que el/ella recibe en la escuela:			
	Enumere los profesores/empleados/entrenadores con los que el/la menor se siente cómodo(a) hablando:			
	¿El/la joven a recibido algún tipo de examen psicológico en la escuela?			
	¿Cuándo y por quien?			
	¿Cuales es la mejor persona con quien podriamos hablar en referencia al/a la joven en la escuela?		Número de teléfono:	

Historia de Salud del/de la Joven

Estatura: _____ Peso: _____
Color de pelo: _____ Color de ojos: _____
Marcas identificativas (cicatrices/ tatuajes, etc.): _____
Raza: Blanco(a) _____ Negro(a) _____ Asiatico(a) _____ Hispano(a) _____ Otro(a) _____

Nombre del/de la Doctor(a) de cabecera: _____

Fecha del último examen físico: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de teléfono: _____

Preocupaciones de Salud: _____

Alergias _____

Diabetes _____

Desordenes de sueño/hábitos de comida _____

Encopresis _____

Enuresis (¿orina en la cama?) _____

Alucinaciones _____

Desorden De la Hiperactividad _____

Medicaciones: _____ ¿Se tomas sus medicaciones? _____

Discapacidades físicas _____

Lesiones serias _____

Problemas con visuales o de audición _____

Otros _____

Consejeria para el/la Joven:

Fechas	Agencia y Terapeuta	Razón por la cual el/la joven fue referido(a)
--------	---------------------	---

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Consejeria e/o hospitalizaciones para miembros de la familia (por abuso de alcohol, drogas o problemas emocionales, etc.):

Fechas	Agencia o Hospital / Doctor(a) o Terapeuta	Razón de referimiento
--------	--	-----------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Describa el uso de drogas y/o alcohol del/de la joven (incluya fecha en la que comenzó, uso actual, frecuencia, etc.): _____

¿Alguna vez el/la joven fue detenida mientras estaba bajo la influencia de drogas y/o alcohol? _____

¿El uso ilegal de drogas y/o alcohol ha influenciado las acciones y funciones del/de la jóven (relaciones personales, familiares, en la escuela , y/o en el trabajo)? _____

Describe la conducta dañina del/de la jóven (incluya intentos a suicidio, mutilación, violencia, intento a crear fuegos, abuso sexual, etc.)

Contra a si mismo: _____

Contra a otros: _____

Contra a animales (o mascotas): _____

Hospital(es) en donde estuvo el/la jóven	Fecha(s)	Diagnosis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia sexual del/de la jóven
Describe problemas de abuso _____

Describe actividades (incluya edad en la que comenzó, embarazos/abortos, uso de anticonceptivos,etc.) _____

Enfermedades transmitidas sexualmente: _____

CUALIDADES POSITIVAS

Cualidades positivas del/de la jóven _____

Cualidades positivas de la familia _____

Infracción(es) actuales contra la ley

Fecha _____ Infracción _____ Departamento de Policía _____

¿Cómo los padres se enteraron de la infracción? _____

¿Cómo reaccionaron los padres/respuestas disciplinarias? _____

¿Porqué los padres creen que sucedió? _____

¿Que creen los padres que la corte deve de hacer? (Incluya servicios, sanciones, etc.) _____

¿Usted cree que el/la jóven va a obedecer lo que la corte ordene? _____

Sentimientos del/de la jóven

¿Cómo se siente el/la jóven en referencia a la infración? _____

¿Que cree el/la jóven que la corte deve de hacer? (Incluya servicios, sanciones, etc.) _____
