

**AFFIDAVIT
AND BEYOND
CONTROL
OF PARENT
EVALUATION
FORM**



**DECLARACIÓN
JURADA Y
FORMULARIO DE
EVALUACIÓN DE
MENORES FUERA DEL
CONTROL PARENTAL**

Nº de referencia del CDW _____
Nº de caso _____
Tribunal [] Familia [] Distrito _____
Condado _____

Este Formulario de Evaluación de Menores Fuera del Control Parental y Declaración Jurada es obligatorio y deberá acompañar a cualquier denuncia/petición de Menores Fuera del Control Parental que se presente ante el Juzgado. Ninguna denuncia/petición de Menores Fuera del Control Parental será presentada ante un(a) Trabajador(a) Designado/a por el Tribunal a menos que esté acompañada por este formulario, debidamente relleno, según el leal saber y entender del/de la solicitante. Si la respuesta a una sección determinada es "Ninguna", "No aplicable", o "Desconocido", esa sección se contestará como tal.

Este formulario deberá estar mecanografiado o impreso y ser claramente legible. Por favor, utilice hojas adicionales si necesita más espacio del asignado para responder completamente a una pregunta. Adjunte todos los formularios o documentos pertinentes a este formulario de evaluación. Incluya cartas de médicos, terapeutas u otros organismos a los que haya recurrido para intentar resolver los problemas que ha tenido con el/la menor.

1. Datos del/de la menor

Nombre del/de la menor: _____ Fecha nacim.: _____

Seguro Social: _____ Sexo: M F Raza: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Educación especial: _____

Nombres de los Progenitores (incluso padrastro/madrastra): _____

Dirección: _____

Teléfono en casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Dirección del/de la menor: _____

Nombre(s), edad(es) y parentesco de otros residentes del hogar: _____

¿Participan activamente ambos progenitores, aunque vivan en domicilios distintos? _____

2. Esfuerzos realizados por los progenitores/tutores para mejorar el comportamiento fuera de control

3. Qué conducta(s) resulta(n) peligrosa(s) para el/la menor o para otros (por ejemplo, drogas, alcohol, tabaco, participación en pandillas, actividad sexual, comportamiento agresivo o violento, destrucción de la propiedad, autolesiones (cortes o automutilación), violencia física, entre otros)? _____

4. ¿Cuándo comenzó este comportamiento? _____

5. ¿Por qué cree que comenzó el comportamiento? _____

6. ¿El/La menor está tomando algún medicamento nuevo que pueda provocar cambios de humor o de personalidad? _____

7. ¿Quién es el médico del/de la menor? Fecha de la última visita _____

8. ¿Ha hablado de sus preocupaciones con el/la menor? En caso afirmativo, ¿qué información obtuvo que podría ser útil para el Juzgado? _____

9. ¿Qué privilegios le ha quitado? _____

10. ¿Cómo ha intentado estructurar el tiempo del/de la menor (por ejemplo, reglas para después de la escuela; reservar tiempo para las tareas; hora de dormir; hora de comer; otras rutinas)? _____

11. ¿Tiene el/la menor un toque de queda? En caso afirmativo, ¿a qué hora? _____

12. ¿Cuántas veces a la semana cumple el/la menor con el toque de queda? _____

13. ¿Cuál es las consecuencias de no respetar el toque de queda? _____

14. ¿A qué hora se acuesta el/la menor habitualmente? _____

15. ¿A qué hora se despierta el/la menor habitualmente? _____

16. Por favor, enumere las tres influencias más significativas en el comportamiento del/de la menor y cómo cree que las conductas fuera de control del/de la menor están relacionadas con ellas. _____

17. ¿Tiene alguna preocupación sobre las amistades del/de la menor? Si es así, enumere esas preocupaciones. _____

18. Enumere los lugares a los que acuden el/la menor y sus amistades. _____

19. ¿El/La menor tiene trabajo? ¿Dónde? ¿Cuántas horas a la semana? ¿A qué horas del día? _____

20. ¿El/La menor ha tenido dificultades para relacionarse con sus compañeros/as? Si es así, dé ejemplos: _____

21. ¿Está el/la menor en la escuela? En caso afirmativo, nombre de la escuela. Si la respuesta es no, explique por qué. _____

22. Por favor, indique el número de medidas disciplinarias tomadas contra el/la menor en este último año escolar:
_____ Suspensiones _____ Detenciones/Escuela de sábado _____ Otra: por favor, especifique: _____

23. ¿Han cambiado las calificaciones del/de la menor? _____

24. ¿Aproximadamente cuántos días faltó el/la menor a la escuela el año escolar pasado? _____
¿La escuela se ha puesto en contacto con usted sobre la asistencia del/de la menor? _____

25. ¿Cómo responden los demás miembros de la familia al comportamiento del/de la menor? _____

26. ¿Qué acontecimientos importantes han tenido lugar en los últimos años? ¿Quién? ¿Cuándo?

Muerte de un(a) familiar _____

Divorcio _____

Enfermedad grave _____

Cambio de domicilio _____

Falta de vivienda permanente _____

Cambio de amistades _____

Cambio de escuela _____

Un cambio en el número de personas en el hogar _____

Matrimonio _____

Cambio de empleo del padre o la madre _____

Otros _____

27. ¿El/La menor asiste actualmente a terapia? En caso afirmativo, ¿desde cuándo va? ¿Cuándo fue su última sesión? _____

¿Ha intentado realizar sesiones familiares? _____

28. ¿El/La menor ha sido hospitalizado/a alguna vez por estas conductas? _____

29. En un día normal, ¿cuándo está el/la menor sin supervisión? _____

30. ¿Alguien de la familia consume drogas/alcohol/tabaco? En caso afirmativo, por favor describa.

31. ¿Qué le gustaría que ocurriera con el/la menor? _____

32. ¿Qué espera usted del Juzgado? ¿Qué quiere que haga el Juzgado con respecto a la situación del/de la menor?

33. Datos de la familia

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otro _____

Empleo: _____

Existe una orden de protección (EPO/DVO) activa: Sí No En caso afirmativo, ¿en qué condado?: _____

Violencia intrafamiliar sin denunciar: _____

Frecuencia de desplazamiento/situación sin techo: _____

Condiciones médicas/enfermedades del/de la menor y de la familia: _____

Otro: _____

34. Problemas de crianza:

El/la menor se niega a seguir las reglas de la casa: _____

Relaciones entre hermanos: _____

Se sospecha que participa en pandillas: _____

Se sospecha que está involucrado en la droga: _____

Se sospecha que consume alcohol: _____

Otro: _____

35. Agencias involucradas:

Atención profesional de salud mental/atención integral: _____

Servicios de protección de menores: _____

Médico/Psiquiatra/Psicólogo: _____

Terapia: _____

Servicios de Intervención con la Familia: _____

Otro: _____

Este formulario fue:

Preparado por: _____
Nombre Parentesco con el/la menor

Número de teléfono y correo electrónico Fecha

Declaración jurada por escrito

Yo, _____, el declarante infrascrito, afirmo que he leído lo que antecede y que los hechos expuestos en este documento son ciertos a mi leal saber y entender.

Firma

Nombre impreso

JURADO ante mí este _____ día de _____, 2_____.

Nombre _____ Título _____