

**Harris County Domestic Relations Office
Family Court Services Division
1310 Prairie, Suite 620, Houston, Texas 77002
Teléfono: (713) 274-7305 Fax: (713) 437-4729**

**CUESTIONARIO DE HISTORIAL PERSONAL
PARA LA EVALUACION DE ADOPCION - NO. DE CAUSA: _____**

Toda la información pedida es requerida por los estatutos del Estado de Texas. Favor de contestar cada pregunta completamente. Si es necesario puede usar papel adicional de tamaño 8.5 x 11. Ud. es responsable de ponernos al día si alguna información cambia.

Información de Identificación

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido, apellido de soltera):

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Números de Teléfono:

Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ciudad/Estado donde nació: _____

Estado de inmigración y número de identificación: _____

Número de licencia de conducir/Estado: _____

Número del Seguro Social: _____

Religión Preferida: _____

Cuántas veces asiste, (ninguna, ocasionalmente, semanalmente): _____

Historial Familiar

Nombre de Sus Padres:

Padre: _____ Lugar de residencia: _____ Difunto: _____

Madre: _____ Lugar de residencia: _____ Difunto: _____

Hermanos: Numero de Hermanos: _____ Numero de Hermanas: _____

Historial Educativo

Nombre de Escuela/Ubicación	Fechas de Asistencia	Título/Último grado que completo

Servicio Militar

Rama _____ Fecha de Servicio Activo _____ Estado de Descarga _____

Información sobre su residencia

Tiene que incluir información de cada residencia donde ha vivido durante los últimos 10 años, incluyendo la dirección y periodo de tiempo que vivió en cada hogar.

Tipo de Residencia: Casa Apartamento Casa Transportable Ud. es: Dueño Alquila

de Recamaras/Baños: ____/____ Pagos mensuales: \$_____ Valor actual: \$_____

¿Hace cuánto tiempo vive en esta dirección? _____

Número de veces que se ha mudado en los últimos diez años _____

Direcciones previas: _____ Años en esa dirección: _____

_____ Años en esa dirección: _____

_____ Años en esa dirección: _____

_____ Años en esa dirección: _____

¿Su casa tiene detectores de humo? Si o No (marcar con un circulo).

¿Ud. tiene armas de fuego en su casa? Si o No (marcar con un circulo)

Si contesto "si" explique donde las guardas: _____

Favor de identificar si tiene una mascota en su casa: _____

Historial Clínico

Estado de salud actual (pobre, bien, excelente) _____

Medicamento por receta médica que actualmente está tomando: _____

Favor de producir información sobre los medicamentos, discapacidades físicas, condiciones crónicas de salud, uso de drogas, tratamiento psiquiátrico/psicológico u otro tratamiento relacionado con su comportamiento, evaluaciones o consejería (use papel adicional si es necesario).

Fecha de Tratamiento	Diagnostico	Proveedor de tratamiento, dirección y número de teléfono

¿Ud. ha recibido tratamiento por abuso de drogas o alcohol? Si No

Si contesto “si” explique: _____

Historial de Empleo (ponga en una lista todos los trabajos que ha tenido en los últimos 5 años (use papel adicional si es necesario)

Empleo, Dirección y Teléfono	Fechas de Empleo	Posición/Título	Razón de salida

Ingresos Mensuales Hogareños sin deducción: \$ _____ Fuentes de Ingreso: _____

Historial de Relaciones Serias o de Matrimonio

Ponga en lista de orden cronológica todos sus matrimonios, cohabitaciones, y cada relación que resulto en el nacimiento de sus hijos. Use papel adicional si es necesario.

Nombre completo de su pareja	Fecha que comenzó la relación/cohabitación	Fecha de Separación	Nombre de los niños (si alguno)
	Fecha de Matrimonio	Fecha de Divorcio	

Nombre completo de su pareja	Fecha que comenzó la relación/cohabitación	Fecha de Separación	Nombre de los niños (si alguno)
	Fecha de Matrimonio	Fecha de Divorcio	
Si se divorció o adquirió una Orden Final de Parentela			
Tipo & Fecha de la Orden de la Corte	Condado/Estado donde fue por hecho	No de Causa:	
Explique porque el matrimonio o la relación termino.			

Nombre complete de su pareja	Fecha que comenzó la relación/cohabitación	Fecha de Separación	Nombre de los niños (si alguno)
	Fecha de Matrimonio	Fecha de Divorcio	
Si se divorció o adquirió una Orden Final de Parentela			
Tipo de caso y fecha de la orden de la corte	Condado/Estado done la orden fue concedida	No. de Causa:	
Explique porque el matrimonio o la relación termino.			

Historial Criminal

¿Ha sido arrestado, condenado por un delito, o tiene pendiente una acción criminal? Si No

Si contesto "si" favor de explicar: _____

¿Está en libertad condicional o libertad provisional? Si No

Si contestó "si" favor de explicar: _____

¿Se ha emitido una orden de protección contra Ud. o cualquier otra persona en este caso? Si No

Si contesto "si" favor de explicar _____

Violencia Familiar

¿Ud. u otra persona ha sido investigado(a) por la oficina de protección de niños (CPS) por alegaciones de abuso o abandono de niños? Si No

Alegaciones: Fecha Resultado (validado o factores controlado)

_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha habido violencia entre Ud. y su actual pareja? Si No

Si contestó “sí” ¿con qué frecuencia y durante qué periodo de tiempo? _____

Niños – Información sobre los niños de este caso y niños que viven en su casa

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela/Guardería y dirección	Grado
Salud: Pobre Bien Excelente	No. de seguro social		
Medicamentos:	Problemas de salud actualmente y anteriores/hospitalizaciones:		

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela/Guardería y dirección	Grado
Salud: Pobre Bien Excelente	Número de seguro social		
Medicamentos:	Problemas de salud actualmente y anteriores/hospitalizaciones:		

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela/Guardería y dirección	Grado
Salud: Pobre Bien Excelente	Número de seguro social		
Medicamentos:	Problemas de salud actualmente y anteriores/hospitalizaciones:		

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela/Guardería y dirección	Grado
Salud: Pobre Bien Excelente	Número de seguro social		
Medicamento	Problemas de salud actualmente y anteriores/hospitalizaciones		

¿El niño(a) sabe que va a ser adoptado? _____

¿Qué tipo de seguro médico tiene el niño(s)? _____

Nombre, dirección y número de teléfono del pediatra o medico primario:

¿Alguno de los niños ha recibido consejería o tratamiento por problemas de conducta? Si No

Si contesto “si” favor de dar nombre y edad:

¿Tiene planes de cambiar el nombre del niño(a) después que sea adoptado? Si o No

Si contesto “si” ¿qué nombre le quiere poner?

¿Hay algún individuo(s) que reside en su hogar en base parcial o tiempo completo que no está incluido en alguna otra parte de este formulario? Si No

Si contesto “si” favor de dar nombre y edad: _____

Contacto y Contribuciones del Padre (Madre) Cuyos Derechos Parentales Están Siendo Terminados

¿Cuándo fue el último contacto entre el niño(a) y el padre cuyos derechos parentales están siendo terminado?

¿Fue por teléfono o en persona? _____

¿Este padre (madre) contribuye monetariamente? Favor explique la cantidad y fecha del último pago. _____

Escriba el nombre, dirección y dirección electrónica de este padre (madre). _____

FIRMA: Yo afirmo que toda la información contenida en este cuestionario personal es correcta y completa.

(Firma)

(Fecha)

Documentos Requeridos

Favor de entregar copias de los próximos documentos a la evaluadora antes de la visita a su casa.

1. Certificado de nacimiento para cada niño(a) de este caso.
2. Calificaciones escolares más reciente de los niños que están en la escuela.
3. La tarjeta de seguro médico de cada niño(a).
4. Si el niño(a) no tiene edad escolar, favor de proveer la tarjeta de vacunas más recientes.
5. Licencia de matrimonio para su matrimonio actual.
6. Decreto de divorcio u órdenes de la corte en referencia a su matrimonio anterior/o su relación anterior.
7. Talón de cheques más reciente, DBA o el registro de negocio o una carta verificando su empleo.
8. Documentos de ciudadanía/tarjeta de residencia permanente.
9. Licencia de conducir de Texas para cada adulto que viva en su casa.

Información Requerida

1. Un dibujo de los planes de su casa demostrando las dimensiones y uso de cada habitación en su casa.
2. Fotos de las afueras de su casa mostrando las áreas que van a ser usadas por los niños para jugar.
3. El resultado del reporte de las huellas digitales para cada persona mayor de 14 años que está viviendo en su casa.
4. El nombre, dirección y número de teléfono de cada niño biológico del padre/madre adoptivo(a) que tenga 12 años en adelante que no vive en su casa.

Respuestas a las Preguntas Obligatorias

Favor de contestar las siguientes preguntas en una hoja de papel separada y entréguela con este formulario. Las respuestas deben ser breves y concisas para poder entender mejor su caso. Si la pregunta no aplica a su situación, marque esa pregunta con las letras "N/A".

1. ¿Porque está pidiendo a la corte esta adopción?
2. Si Ud. no es el padrastro o la madrastra del niño(a), ¿cómo fue que el niño llegó a vivir en su casa?
3. Describa, ¿de qué manera su actual esposo(a) participa en la vida de los niños?
4. ¿Qué actividades familiares disfrutas con tus hijos?
5. ¿Qué tipo de padre/madre es Ud.? ¿Cuáles son sus buenas cualidades?
6. ¿Cómo es que Ud. y el otro padre/madre disciplinan a los niños?
7. Describa brevemente el estado de su matrimonio.
8. Describa brevemente como fue su niñez, incluyendo quien fue la persona que lo crió, y como lo criaron, y si fuiste víctima de abuso o abandono.
9. ¿Qué recursos o apoyo le proporciona su familia extendida a Ud. y a su hijo(s)?
10. ¿Ud. opina que su hijo(a) debe tener contacto con el padre/madre biológico(a) en el futuro?

Referencias

Favor de incluir 5 nombres de personas que sirvan de referencia (2 miembros de su familia, 3 amistades/vecinos). Incluya la ciudad, estado donde residen y número de teléfono (hogar, celular y trabajo). Este evaluador(a) va a entrevistar a (3) individuos de su lista. Favor de informarles a sus referencias que la información que ellos proveen no es confidencial y será compartida con la corte.

Miembro de Familia (2)

Nombre: _____

Número de Teléfono: _____

Ciudad/Estado: _____

Teléfono Alternativo: _____

Nombre: _____

Número de Teléfono: _____

Ciudad/Estado: _____

Teléfono Alternativo: _____

Amistades/Vecino/Colaterales (3)

Nombre: _____

Número de Teléfono: _____

Ciudad/Estado: _____

Teléfono Alternativo: _____

Nombre: _____

Número de Teléfono: _____

Ciudad/Estado: _____

Número Alternativo: _____

Nombre: _____

Número de Teléfono: _____

Ciudad/Estado: _____

Teléfono Alternativo: _____