|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Complete todas las secciones de este formulario, excepto las áreas etiquetadas como "comentario del agente" y devuélvalo a su agente durante su próxima cita.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DOC # | | | | | | | | | | HOMBRE  MUJER  OTRO  COMENTARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA COMPLETADO | | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | | | | | ¿ALGUIEN TE AYUDANDO A COMPLETAR ESTE FORMULARIO?  SÍ  NO SI ES ASÍ POR QUÉ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORTALEZAS Y METAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿CUÁLES SON TUS FORTALEZAS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿CUÁLES SON TUS METAS Y CÓMO PLANEAS LOGRARLAS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LA OFENSA ACTUAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROPORCIONE DETALLES DE LA OFENSA (Incluya quién, qué, dónde y cuándo): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENLISTE SUS CO-DEFENDENTES Y SU RELACIÓN CON ELLOS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿LA OFENSA FUE RELACIONADA CON EL ALCOHOL O EL USO DE DROGAS?  SÍ  NO, SI ES SÍ, ¿QUÉ SE USO? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE LA(S) VICTIMA(S)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿HUBO VÍCTIMAS ESPECÍFICAS IDENTIFICADAS EN SU OFENSA?  SÍ  NO, SI ES SÍ, ENLISTE LOS NOMBRE(S) Y RELACIÓN CON USTED. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXPERIENCIA CORRECCIONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿HAS ESTADO BAJO ETAPA PROBATORIA/LIBERTAD CONDICONAL ANTERIORMENTE? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| ¿QUÉ TIPO DE SUPERVISIÓN FUE ESTO? | | | | | | | | | | | | | JUVENIL | | | | | | | | | | | | | | ADULTO | | | | | | | | | | | | | | | | | AMBOS | | | | | | |
| ¿SE REVOCÓ SU SUPERVISIÓN? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ HAS ESTADO EN LA CÁRCEL? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ HAS ESTADO EN LA CÁRCEL POR MAS DE 30 DÍAS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, INDICA CUANTAS VECES, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ HAS ESTADO EN LA PRISIÓN? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ HA PARTICIPADO EN UN PROGRAMA DE REVOCACIÓN ALTERNATIVO BASADO EN UNA INSTITUCIÓN? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, CUÁL PROGRAMA(S) Y CUANDO, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿COMPLETÓ CON ÉXITO EL PROGRAMA(S)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| **CARGOS PENDIENTES** (TODOS, incluyendo de tráfico y municipal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ACTUALMENTE TIENE ALGUNOS CARGOS PENDIENTES? (EN CASO QUE TENGA, EXPLIQUE): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FAMILIA – PADRES / PADRASTOS** (si es aplicable) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE MADRE (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FEC. NAC. / EDAD | | | | | | | | | NUMERO DE TELÉFONO | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES  SÍ  NO | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PROFESIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE PADRE (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FEC. NAC. / EDAD | | | | | | | | | NUMERO DE TELÉFONO | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES  SÍ  NO | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PROFESIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE PADRASTRO (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FEC. NAC. / EDAD | | | | | | | | | NUMERO DE TELÉFONO | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES  SÍ  NO | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PROFESIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE PADRASTRO (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FEC. NAC. / EDAD | | | | | | | | | NUMERO DE TELÉFONO | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES  SÍ  NO | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PROFESIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI ALGUNA PADRE/PADRASTO TIENE ANTECEDENTES DE OFENSAS, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SPOSO(A) / PAREJA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ACTUALEMNET TIENE UNA RELACIÓN? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SPOSO(A) | | | | | | | | | | | PAREJA | | | | | | | | | | COMPAÑERO(A) | | | | |
| SI ES SÍ, DESCRIBA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SPOSO(A) / PAREJA / COMPAÑERO(A) (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FEC. NAC. / EDAD | | | | | | | | | NUMERO DE TELÉFONO | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES  SÍ  NO | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PROFESIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHAS DE MATRIMONIO / DURACIÓN DE RELACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ¿HA TENIDO ALGUNA SEPARACIÓN?  SÍ  NO SI ES SÍ, EXPLIQUE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MATRIMONIO ANTERIOR(ES) / RELACIÓN(ES) EN VIVO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | | | | | | | | | | | | | | | | | **FECHAS DE RELACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **RAZÓN DE SEPARACIÓN** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ¿SU PAREJA ACTUAL UTILIZA DROGAS O ALCOHOL? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿HA SIDO ARRESTADO(A) SU PAREJA ACTUAL? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HIJOS(AS)** (si es aplicable) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FEC. NAC. / EDAD | | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES  SÍ  NO | | | | | | | | | | | NOMBRE DEL OTRO PADRE | | | | | |
| DOMICILIO DEL MENOR DE EDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES DEL OTRO PADRE  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | QUIEN ES RESPONSABLE | | | | | |
| NOMBRE (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FEC. NAC. / EDAD | | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES  SÍ  NO | | | | | | | | | | | NOMBRE DEL OTRO PADRE | | | | | |
| DOMICILIO DEL MENOR DE EDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES DEL OTRO PADRE  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | QUIEN ES RESPONSABLE | | | | | |
| NOMBRE (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FEC. NAC. / EDAD | | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES  SÍ  NO | | | | | | | | | | | NOMBRE DEL OTRO PADRE | | | | | |
| DOMICILIO DEL MENOR DE EDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES DEL OTRO PADRE  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | QUIEN ES RESPONSABLE | | | | | |
| NOMBRE (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FEC. NAC. / EDAD | | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES  SÍ  NO | | | | | | | | | | | NOMBRE DEL OTRO PADRE | | | | | |
| DOMICILIO DEL MENOR DE EDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES DEL OTRO PADRE  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | QUIEN ES RESPONSABLE | | | | | |
| NOMBRE (Nombre Completo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FEC. NAC. / EDAD | | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES  SÍ  NO | | | | | | | | | | | NOMBRE DEL OTRO PADRE | | | | | |
| DOMICILIO DEL MENOR DE EDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ANTECEDENTES CRIMINALES DEL OTRO PADRE  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | QUIEN ES RESPONSABLE | | | | | |
| ¿SE HAN INVOLUCRADO SERVICIO DE PROTECCION AL MENOR CON SUS HIJOS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE CUANDO Y PARA CUAL HIJO(S): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ACTUALMENTE ESTÁ INVOLUCRADO SERVICIO DE PROTECCION AL MENOR CON SU HIJO(S)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE CUANDO Y PARA CUAL HIJO(S): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | NOMBRE DELDEPARTMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJADOR SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ HA SIDE ARRESTADO POR VIOLENCIA DOMÉSTICA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿TIENES ORDENES DE PROTECCION? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| ¿SE HA PRESENTADO ORDENES DE PROTECCIÓN CONTRA USTED? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HERMANOS:** Incluya hermanastros(as) y medio-hermanos(as). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | | | | | | | | | | | | **EDAD / FEC. NAC.** | | | | **UBICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ANTECEDENTES CRIMINALES / SUPERVISIÓN** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **EDUCACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ACTUALMENTE ESTÁS ASISTIENDO A LA ESCUELA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ, TIEMPO COMPLETO | | | | | | | | | | | | | SÍ, MEDIO TIEMPO | | | | | | | | | | | | NO | | | | |
| EN CASO QUE SÍ, ESCRIBA EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA (incluya la calle, la ciudad, el estado y el código postal): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿COMPLETASTE LA ESCUELA SECUNDARIA? | | | | | | | | | | | | SÍ, DIPLOMA | | | | | | | SÍ, HSED | | | | | | | | | SÍ, GED | | | | | | NO, EL GRADO MÁS ALTO COMPLETASTE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI NO COMPLETASTE LA ESCUELA SECUNDARIA, EXPLICA POR QUÉ NO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿HA TENIDO ALGUNA EDUCACIÓN ADICIONAL? | | | | | | | | | | | | | | | UNIVERSIDAD DE 4 AÑOS | | | | | | | | | | | UNIVERSIDAD DE 2 AÑOS | | | | | | | | | | | | ESCUELA VOCACIONAL | | | | | | | | | OTRO ENTRENAMIENTO | | | |
| DESCRIBA LA EDUCACIÓN ADICIONAL (ENLISTE DONDE, QUÉ TIPO): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENLISTE LAS ESCUELAS QUE ASISTISTE (ESCUELA SECUNDARIA Y MÁS)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DE ESCUELA** | | | **DIRECCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | **ESTADO Y CIUDAD** | | | | | | | | | | | | | **NÚMERO DE TELÉFONO** | | **FECHAS QUE ATENDIO** | | | | | | | | | | **ACTUALMENTE ATENDIENDO** | | | | **TE GRADUASTE** | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | SÍ  NO | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | SÍ  NO | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | SÍ  NO | |
| INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN ADICIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ SE INSCRIBIÓ EN ALGÚN PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL (TENÍA UN IEP)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE PORQUE, CUANDO, CUAL ESCUALA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ TUVISTE ALGUN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE PORQUE, CUANDO, CUAL ESCUALA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LISTA TUS LOGROS EN LA ESCUELA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LISTA TUS METAS EDUCATIVAS FUTURAS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES DE EMPLEO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿CUÁL ES SU ESTADO LABORAL ACTUAL? | | | | | | TIEMPO COMPLETO | | | | | | | | | | | | MEDIO TIEMPO | | | | | | | | | | | | ESTUDIANTE | | | | | | | | | | | SIN EMPLEO | | | | | | JUBILADO | | | |
| RECIPIENTE DE SSI | | | | | | | | | | | | DESCAPACITADO | | | | | | | | | | | | AUTÓNOMO | | | | | | | | | | | AMA/O DE CASA | | | | | | OTRO (EXPLIQUE) | | | |
| LISTA DE HABILIDADES LABORALES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | SU PUESTO DE TRABAJO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DIRECCIÓN DE SU TRABAJO | | | | | | | | | | |
| TYPO DE EMPLEO | | | | | | | | | | | | NUMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL | | | | | | | | | | |
| OCUPACIÓN (elija UNO que mejor describa el trabajo) | | | | | | | | | | | | NOMBRE DEL SUPERVISOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA DE INICIO | | | | | | | | | | EMPLEO ACTUAL  SÍ  NO | | | | | | | | | | |
| FECHA FINAL | | | | | | | | | | | | MOTIVO PARA DEJAR EL EMPLOE | | | | | | | | | | | | | | | | | | SALARIO POR HORA | | | | | | | | | | PERÍODO DE PAGO | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | SU PUESTO DE TRABAJO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DIRECCIÓN DE SU TRABAJO | | | | | | | | | | |
| TYPO DE EMPLEO | | | | | | | | | | | | NUMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL | | | | | | | | | | |
| OCUPACIÓN (elija UNO que mejor describa el trabajo) | | | | | | | | | | | | NOMBRE DEL SUPERVISOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA DE INICIO | | | | | | | | | | EMPLEO ACTUAL  SÍ  NO | | | | | | | | | | |
| FECHA FINAL | | | | | | | | | | | | MOTIVO PARA DEJAR EL EMPLOE | | | | | | | | | | | | | | | | | | SALARIO POR HORA | | | | | | | | | | PERÍODO DE PAGO | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | SU PUESTO DE TRABAJO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DIRECCIÓN DE SU TRABAJO | | | | | | | | | | |
| TYPO DE EMPLEO | | | | | | | | | | | | NUMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL | | | | | | | | | | |
| OCUPACIÓN (elija UNO que mejor describa el trabajo) | | | | | | | | | | | | NOMBRE DEL SUPERVISOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA DE INICIO | | | | | | | | | | | | | | | EMPLEO ACTUAL  SÍ  NO | | | | | |
| FECHA FINAL | | | | | | | | | | | | MOTIVO PARA DEJAR EL EMPLOE | | | | | | | | | | | | | | | | | | SALARIO POR HORA | | | | | | | | | | | | | | | PERÍODO DE PAGO | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA PROBLEMA CON UN SUPERVISOR? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA PROBLEMA CON UN COMPAÑERO DE TRABAJO? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ HA SIDO DESPEDIDO O HA SE LE HA TERMINADO SU TRABAJO? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE CADA CASO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LISTE CUALQUIER LICENCIA (S), CERTIFICACIÓN (S) O CREDENCIACIÓN QUE HAYA GANADO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FINANZAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INGRESOS MENSUALES ACTUALES DESPUÉS DE IMPUESTOS | | | | | | | | | | | | ¿HICISTE TUS IMPUESTOS ESTATALES EL AÑO PASADO?  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ¿HICISTE TUS IMPUESTOS FEDERALES EL AÑO PASADO?  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | |
| FUENTES DE INGRESOS | EMPLEO | | | | | | | SSI | | | | SSDI | | | SIN EMPLEO | | | | | | | MANUTENCIÓN DE HIJOS | | | | | | | | | | | | | | | COMPENSACIÓN A TRABAJADORES | | | | | | | | | | | | | OTRO |
| INGRESOS DEL HOGAR Y FUENTES ADICIONALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿RECIBE ASISTENCIA GENERAL?  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | | | ¿RECIBE ASISTENCIA ALIMENTICIA?  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ¿RECIBE ASISTENCIA MEDICA?  SÍ  NO | | | | | | | | | | |
| INGRESOS MENSUALES DESPUÉS DE IMPUESTOS DE ESPOSO(A) O PAREJA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GASTOS MENSUALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RENTA / HIPOTECA: | | | | | | | | | | | | | | | PRÉSTAMOS ESTUDIANTILES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CUIDADO DE NIÑOS: | | | | | | | | | | |
| SERVICIOS PÚBLICOS (Agua / Electricidad): | | | | | | | | | | | | | | | RESTITUCIÓN / MULTAS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TARJETA DE CRÉDITO: | | | | | | | | | | |
| NUMERO DE TELÉFONO | | | | | | | | | | | | | | | COMIDA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MEDICA / DENTAL: | | | | | | | | | | |
| TELEVISIÓN POR CABLE / SATÉLITE: | | | | | | | | | | | | | | | PRÉSTAMOS (banco, automóvil): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ALQUILAR A SER DUEÑO: | | | | | | | | | | |
| SERVICIO DE INTERNET: | | | | | | | | | | | | | | | TRANSPORTACION (gas, taxi, autobús, etc.): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ASEGURANZA: | | | | | | | | | | |
| MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS / ATRASO: | | | | | | | | | | | | | | | CARIDAD / DONACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | OTRA: | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ SE HA PREOCUPADO POR TENER SUFICIENTE DINERO PARA COMPRAR LAS NECESIDADES BÁSICAS? (Ejemplo: comida, gastos del hogar, medica, gastos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ SE HA TENIDO PROBLEMAS PARA PAGAR SUS GASTOS A TIEMPO? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ SE HA TENIDO UNA PUNTACIÓN DE CREDITO NEGATIVA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SI O ESTA INSEGURO, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COMPAÑEROS(AS)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LISTA A TUS AMIGOS MÁS CERCANOS (LOS COMPAÑEROS MÁS FRECUENTES) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | | | | | | | | **EDAD** | | | | **DIRECCION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **NUMERO DE TELÉFONO** | | | | | **DURACION DE SU RELACION** | | | | **ANTECEDENTES CRIMINALES** | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | SÍ  NO | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | SÍ  NO | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | SÍ  NO | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | SÍ  NO | |
| ¿ALGUNO DE SUS COMPAÑEROS / AMIGOS TIENE PROBLEMAS CON EL USO DE DROGAS O ALCOHOL? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ TE HAS HECHO ACTIVIDADES CRIMINALES CON TUS COMPAÑEROS / AMIGOS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ESTÁS / O HAS SIDO AFILIADO CON UNA PANDILLA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DE PANDILLA:** | | | | **TUS APODOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ANO/EDAD QUE INGRESASTE** | | | | | | | | **FECHAS DE AFILIACIÓN** | | | | | | **TATUAJE(S) / MARCADURA(S) RELACIONADAS CON LAS PANDILLAS** | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SALUD FÍSICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO CUALQUIER MEDICACIÓN PRESCRITA PARA UNA CONDICIÓN DE SALUD FÍSICA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES S, ENLISTE LOS MEDICAMENTOS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿VE A UN PROVEEDOR DE SALUD REGULARMENTE PARA CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA?? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE(S) O CONDICIONES MÉDICAS (por ejemplo, TB, ETS, hepatitis, cáncer, diabetes)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Alguna vez ha tenido alguna ENFERMEDAD(ES) GRAVE / LESIONES / HOSPITALIZACIONES O DISCAPACIDAD FÍSICA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿HAY OTRAS CONDICIONES DE SALUD QUE TU AGENTE DEBE TENER EN CUENTA? (convulsiones, inhalador, embarazo, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿TIENES SEGURO MÉDICO? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI SÍ, ¿CÓMO ESTÁS CUBIERTA? | | EMPLEADOR PROPORCIONADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMINISTRACION DE VETERANOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | BADGERCARE PLUS | | | | | |
| PLAN COMPRADOMERCADO DE SEGUROS DE SALUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | MEDICARE PARA PERSONAS MAYORES, CIEGAS O DISCAPACITADAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MEDICARE | | | | | |
| OTRO (EXPLIQUE): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SALUD EMOCIONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿ALGUNA VEZ HA SIDO DIAGNOSTICADO CON UNA CONDICIÓN DE SALUD MENTAL? | SÍ | NO | | IF SÍ, WHEN AND BY WHOM: | | | | ¿CONSULTA A UN PROVEEDOR DE SALUD REGULARMENTE POR ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD MENTAL? | SÍ | NO | | SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | ¿HA TENIDO ALGUNA HOSPITALIZACIÓN POR UNA CONDICIÓN DE SALUD MENTAL? | SÍ | NO | | SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | ¿ALGUNA VEZ HA TOMADO ALGÚN MEDICAMENTO DEBIDO A UNA CONDICIÓN DE SALUD MENTAL? | SÍ | NO | | SI ES SÍ, EXPLIQUE:    COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿HA SIDO DETENIDO / CONDENADO / ADJUDICADO POR UNA OFENSA SEXUAL? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | EDAD DE LA VICTIM | | | | | | | | | | | UBICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | EDAD DE LA VICTIM | |
| UBICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | EDAD DE LA VICTIM | | | | | | | | | | | UBICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | EDAD DE LA VICTIM | |
| ¿HAS PARTICIPADO EN TRATAMIENTO DE OFENSORES SEXUALES? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE (CUANDO, DONDE, ETC.): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ESTAS OBLIGADO(A) A REGISTRARTE COMO OFENSOR SEXUAL? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES DE USO DE SUSTANCIAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **ALCOHOL** | | | | | | | **ANFETAMINAS** | | | | | | **BARBITURICOS** | | | | | | | | **CATINONAS SINTENTICA** | | | | | | | | | | **BUPRENORFINA (SUBOXONE, SUBUTEX, etc.)** | | | | | | | | | **COCAINA** | | | | **CODEINA** | | | | **EXTASIS - MDMA** | |
| CANTIDAD USADA |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| FRECUENCIA |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| EDAD AL PRIMER USO |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| EDAD AL QUE USO SE CONVIRTIO EN PROBLEMA |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| ÚLTIMA FECHA DE USO |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| MAXIMO TIEMPO DE SOBRIEDAD |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
|  | **HEROINA** | | | | | | | **LSD** | | | | | | **METADONA** | | | | | | | | **METANFETAMINAS** | | | | | | | | | | | | **MORFINA** | | | | | | | | | | | **SIN RECETA** | | | | **OTRAS** | |
| CANTIDAD USADA |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| FRECUENCIA |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| EDAD AL PRIMER USO |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| EDAD AL QUE USO SE CONVIRTIO EN PROBLEMA |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| ÚLTIMA FECHA DE USO |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| MAXIMO TIEMPO DE SOBRIEDAD |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | **OXICODONA** | | | | | | | **PCP** | | | | | | **DROGAS CON RECETA** | | | | | | | | **MARIJUANA SINTETICA** | | | | | | | | | | | | **THC (MARIJUANA, HACHIS, etc.)** | | | | | | | | | | | **TABACO** | | | | **VICODINA** | |
| CANTIDAD USADA |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| FRECUENCIA |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| EDAD AL PRIMER USO |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| EDAD AL QUE USO SE CONVIRTIO EN PROBLEMA |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| ÚLTIMA FECHA DE USO |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| MAXIMO TIEMPO DE SOBRIEDAD |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| PROPORCIONE MÁS DETALLES CON RESPECTO A CUALQUIER SOBREDOSIS(ES) QUE HAYA TENIDO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ACTUALMENTE TIENE UN PROBLEMA DE ALCOHOL Y/O DROGAS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UN PROBLEMA DE ALCOHOL Y/O DROGAS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| ¿CUALQUIER PERSONA EN SU VIDA PIENSA QUE TIENE UN PROBLEMA DE ALCOHOL Y/O DROGAS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ HA SIDO REFERIDO A UN TRATAMIENTO? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ACTUALMENTE ESTÁ INTERESADO EN PARTICIPAR EN UN TRATAMIENTO? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO DE ALCOHOL/DROGAS** (Incluyendo centro de rehabilitación, tratamiento de día, hospital (VA), etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO / DURACION** | | | | | | | | | **INSTITUCIÓN DE TRATAMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | **UBICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | **FECHAS DE TREATAMIENTO** | | | | | | | | | | | | **COMPLETADO** | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | |
| ¿ALGUNA VEZ HA ESTADO INVOLUCRADO CON LA VENTA O ENTREGA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ HA COMETIDO UN DELITO MIENTRAS ESTABA BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL O DE ALGUNA DROGA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMENTARIOS DEL AGENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MILITAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ESTÁS REGISTRADO CON EL SERVICIO SELECTIVO? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SERVICIO MILITAR:  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | | FECHA INGRESADA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | RAMA DE SERVICIO: | | | | | | | | | | | | | |
| RANGO MÁS ALTO: | | | | | | | | | | | | | | TIPO DE ALTA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA DE ALTA: | | | | | |
| ÁREA(S) DE DESPLIEGUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | EXPERIENCIA DE COMBATE:  SÍ  NO | | | | | |
| ¿RECIBIÓ CUALQUIER TIPO DE ENTRENAMIENTO ESPECIALIZADO MIENTRAS SERVÍA EN EL MILITAR? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ | | | | NO | |
| SI ES SÍ, EXPLIQUE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿TIENES UN DD214?  SÍ  NO | | | | | | | | | | | ¿ERES ELIGIBLE PARA BENEFICIOS MILITARES?  SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ¿ACTUALMENTE ESTAS RECIBIENDO BENEFICIOS?  SÍ  NO | | | | | | | | | | | |
| **ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDADES DISFRUTA HACIENDO EN TU TIEMPO DE LIBRE? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿CUÁNDO SE SIENTE MÁS AL RIESGO DE ENTRAR EN PROBLEMAS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACION DE RESIDENCIAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RESIDENCIA ACTUAL:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ACTUALMENTE? | | | | | | | RENTAS | | | | | | | ERES DUEÑO | | | | | | | | | VIVES CON ALGUIEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VIVES CON TUS PADRES | | | | | | | | |
| **OTROS MIEMBROS DEL HOGAR** | | | | | | | | | | | **EDAD** | | | | **RELACION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **BAJO SUPERVISIÓN (Tipo & Agente)** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES DE RESIDENCIA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO** | | | | | | | | | | **DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ALGUNA VEZ FUISTE DESALOJADO(A)** | | | | | | | | | | | **FECHAS VIVIDAS** | | | **FECHA DE QUE TE FUISTE** | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| COMENTARIOS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |