



Departamento de Probación del Condado de Santa Barbara
Desarrollo de Sistemas de Información

Formulario de Información para Adultos

A Usted se le requiere que complete este formulario. La información usted presente puede ser usada en la elaboración de un informe de probación y en la supervisión de su caso mientras debajo de la jurisdicción del Departamento de Probación. Es importante que usted conteste las preguntas honestamente y completamente. **Favor de escribir con letra de imprenta o a máquina.**

| | | | |
|---|--|--|---|
| Fecha Formulario Completado: | | | |
| Nombre: | | | |
| Prefijo: | Nombre Completo: | Apellido: | Suffijo: |
| Nombres Adicionales Usados y Tipos (alias, apellido de soltera, apodo): | | | |
| Domicilio de Residencia Actual: | | | |
| Número/Calle: | | Número de Apartamento: | |
| Ciudad: | Estado: | País: | Zona Postal: (+4): |
| Domicilios Adicionales Usados y Tipos (residencia, envío, permanente) ¿Dónde vivirá cuando sea puesto en libertad, si es diferente de antedicha? | | | |
| Teléfono de Contacto: | | Teléfono de Trabajo: | Otros Números Telefónicos: Fax / Celular / Parientes/ etc. |
| ¿Es el número de su residencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| Atributos Físicos: | | | |
| Raza: | Sexo: | Estatura: | ¿Algún deterio de vista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Describe: |
| Peso: | Color de Cabello: | Color de Ojos: | |
| Cicatrices/Marcas/Tatuajes: | | | ¿Algún deterio de audiciencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Describe: |
| Atributos Antecedentes: | | | |
| Fecha de Nacimiento: | Lugar de Nacimiento: | Otras Fechas de Nacimiento Usadas: | |
| Fecha que llegó al Estado: | Fecha que llegó a EE. UU.: | Tiempo en Residencia Actual: | |
| Fecha que llegó al Condado: | Otros Estados/Países que ha vivido: | | |
| Preferencia Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual | Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Conviven Juntos | | |
| Idioma Primario: | ¿Ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Si no, ¿ciudadano de cuál país? | |
| Profesión: | | | |
| Educación: | | | |
| ¿Recibió usted su diploma de la escuela preparatoria o un certificado de educación general? <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria <input type="checkbox"/> Certificado de educación general | | ¿Cuáles fueron sus grados habituales en la escuela preparatoria? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No atendió a la preparatoria | |
| ¿Alguna vez fue suspendido o expulsado de la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Falto o réprobo un grado escolar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Colegio atendido: | Año | Edad que dejo la escuela | Grado/Certificado recibido |
| Nombre de Escuela: | Ciudad: | Especialidad (si es aplicable): | |
| ¿Asiste a la escuela ahora? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿Dónde?: | | | Especialidad: |
| Otra educación, adiestramiento, Escuela vocacional, certificados: | | | |

| | | | | |
|---|----------------------|---|---|---------------|
| Militar: ¿Tuvo servicio militar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si no, vaya a la próxima sección) | | | | |
| Rama: | Rango: | Fecha que Entró: | Fecha de Separación: | Especialidad: |
| Tipo de Licenciamiento: | | ¿Consejo de Guerra? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Califica para beneficios de veteranos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Veterano de combate <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | | Ubicación de servicio militar | | |
| Identificadores: | | | | |
| Número(s) de Licencia de Manejar: Estado(s): | | Número de Inmigración: | | |
| Número de Seguro Social: | | Domicilio Electrónico (E-mail): | | |
| Servicios Sociales / MediCal: | | | | |
| ¿Es elegible para recibir MediCal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Recibe actualmente asistencia de MediCal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Número de MediCal: | | | | |
| ¿Ha recibido asistencia de MediCal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿dónde y cuándo?: | | | | |
| ¿Está recibiendo ayuda del Departamento de Servicios Sociales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Si es así, tipo de ayuda: | | Nombre de Trabajador(a) Social: | | |
| Miembros de Familia: | | | | |
| Padre: | | | | |
| Nombre: | Fecha de Nacimiento: | Edad: | Lugar de Nacimiento: | |
| ¿Difunto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, Fecha del Fallecimiento: | | Lugar del Fallecimiento: | | |
| Circunstancias del Fallecimiento: | | | | |
| Si no ha fallecido, complete lo siguiente: | | | | |
| ¿Vive consigo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, domicilio: | | | | |
| Teléfono de Contacto: | | Otros Números Telefónicos y Tipos: | | |
| ¿Está en probación o libertad bajo palabra? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Si es así, nombres de jurisdicción y Oficial de Probación o Libertad Bajo Palabra: | | | | |
| Madre: | | | | |
| Nombre: | Fecha de Nacimiento: | Edad: | Lugar de Nacimiento: | |
| ¿Difunto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, Fecha del Fallecimiento: | | Lugar del Fallecimiento: | | |
| Circunstancias del Fallecimiento: | | | | |
| Si no ha fallecido, complete lo siguiente: | | | | |
| ¿Vive consigo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, domicilio: | | | | |
| Teléfono de Contacto: | | Otros Números Telefónicos y Tipos: | | |
| ¿Está en probación o libertad bajo palabra? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Si es así, nombres de jurisdicción y Oficial de Probación o Libertad Bajo Palabra: | | | | |
| Espos(a) o pareja actual: | | | | |
| Nombre: | Fecha de Nacimiento: | Edad: | Lugar de Nacimiento | |
| Responda si es aplicable: | | | | |
| Fecha que empezaron a vivir juntos: | | Fecha de Matrimonio: | Fecha de Separación: | |
| Si él/ella no vive consigo, domicilio: | | | | |
| Teléfono de Contacto: | | Otros Números Telefónicos y Tipos: | | |
| ¿Está en probación o libertad bajo palabra? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Si es así, nombres de jurisdicción y Oficial de Probation: | | | | |
| ¿Empleado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, nombre de empleador: | | | Profesión: | |

| Parejas Previas: | | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-------------------|
| Nombre | ¿Estuvo Casado? | Fecha de Casado o Juntos | Fecha de Separación | Fecha de Divorcio |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Hijos: | | | | | | | | |
|---------------|------|----------------|---------------------|------------------------|------------------------|----------|---|--|
| Nombre | Edad | ¿Vive con Ud.? | Si no, ¿dónde vive? | ¿Cada cuánto lo/la ve? | ¿Quién lo/la mantiene? | ¿Cuánto? | ¿Sostenimiento Ordenado o por la Corte? | ¿Hijo(a) en Probación o Libertad Bajo Palabra? |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Hermanos(as): Favor de apuntar hermanos y hermanas: | | | | | |
|--|------|--|----------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Nombre | Edad | ¿En Probación o Libertad Bajo Palabra? | ¿Vive con Ud.? | Si no, ¿cada cuánto lo/la ve? | Domicilio (Si no vive con Ud.) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| ¿Quién más vive con Ud.? | | | |
|---------------------------------|------|----------|---|
| Nombre | Edad | Relación | ¿Está en Probación o Libertad Bajo Palabra? |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | |
|---|-------|--|------------------------|---|---------------------|
| Empleador (Actual si empleado, más reciente si desempleado) | | | | | |
| Nombre de Compañía: | | Nombre de Supervisor: | | Su Profesión: | |
| Domicilio: | | | | | |
| Teléfono(s): | | | | | |
| Fecha Empleado: | | ¿Empleado Actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Si no, fecha que quedó desempleado: | |
| Si Empleado, Horario de Trabajo: | | | Sueldo Neto Por Mes: | | |
| ¿Podría usted verificar su lugar de empleo o escuela (si esta asistiendo) antes de este encarcelamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| ¿En los 12 meses antes de este encarcelamiento, cuanto tiempo trabajo o asistió a la escuela? <input type="checkbox"/> 12 meses tiempo complete <input type="checkbox"/> 12 meses medio tiempo <input type="checkbox"/> 6 + meses tiempo complete <input type="checkbox"/> 0 a 6 meses medio tiempo/ tiempo complete | | | | | |
| ¿En este momento, usted siente que necesita más entrenamiento en un trabajo nuevo o habilidad vocacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| ¿En este momento, si usted debía conseguir (o tener) un trabajo bueno, cómo se calificaría su posibilidad de ser exitoso? <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Justo <input type="checkbox"/> Pobre | | | | | |
| ¿Pensar en su situación financiera, antes de este encarcelamiento, que tan difícil fue para encontrar un trabajo, que pague MAS del salario mínimo comparado a otros? <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Más difícil | | | | | |
| Asociados: Aparte de la gente ya mencionada, favor de apuntar los nombres de las tres personas con las cuales se pasa la mayor parte del tiempo: | | | | | |
| <i>Tipo of Asociado:</i> (Escríbalo en el espacio de abajo) Novio / Novia, Otro Amigo(a), Primo(a), Tía, Tío, Sobrino, Sobrina, Padrastro / Madrastra, Hermanastro / Hermanastra, Suegros (Cuñados), Abuelo / Abuela | | | | | |
| Asociado 1: | | | | | |
| Nombre: | | Edad: | | Tipo de Asociado (de la lists de arriba): | |
| Domicilio: | | | | | |
| Teléfono de Contacto: | | Otros Números Telefónicos y Tipos: | | | |
| ¿Está en probación o libertad bajo palabra? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Si es así, nombres de jurisdicción y Oficial de Probación: | | | |
| ¿Cada cuánto ve a esta persona? | | ¿Aproximadamente cuánto tiempo por semana se pasa con él/ella? | | | |
| Asociado 2: | | | | | |
| Nombre: | | Edad: | | Tipo de Asociado (de la lists de arriba): | |
| Domicilio: | | | | | |
| Teléfono de Contacto: | | Otros Números Telefónicos y Tipos: | | | |
| ¿Está en probación o libertad bajo palabra? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Si es así, nombres de jurisdicción y Oficial de Probación: | | | |
| ¿Cada cuánto ve a esta persona? | | ¿Aproximadamente cuánto tiempo por semana se pasa con él/ella? | | | |
| Asociado 3: | | | | | |
| Nombre: | | Edad: | | Tipo de Asociado (de la lists de arriba): | |
| Domicilio: | | | | | |
| Teléfono de Contacto: | | Otros Números Telefónicos y Tipos: | | | |
| ¿Está en probación o libertad bajo palabra? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Si es así, nombres de jurisdicción y Oficial de Probación: | | | |
| ¿Cada cuánto ve a esta persona? | | ¿Aproximadamente cuánto tiempo por semana se pasa con él/ella? | | | |
| Vehículo(s) que Maneja: | | | | | |
| Año | Marca | Estilo de Carro | Color | Número de Placas / Estado | ¿Quién es el dueño? |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ¿Tiene aseguranza de vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | Nombre de Compañía: | | |
| Número de Póliza: | | | Domicilio de Compañía: | | |

Información Financiera:

| Gastos Mensuales | | Bienes / Sueldo Mensual | |
|---------------------------------|--|--|--|
| Renta/Pago de Casa | | Sueldo: | |
| Pago(s) de Auto | | Sueldo Neto: | |
| Aseguranza | | Sueldo Neto de Esposo(a)/Pareja: | |
| Casa | | Otras Fuentes de Sueldo: | |
| Auto | | Sostenimiento de Hijos Recibido | |
| Médicos | | Desempleo / Incapacidad | |
| Teléfono(s) | | Seguro Social | |
| Utilidades: | | Asistencia Social | |
| Agua | | Beneficios de Veterano | |
| Gas | | Compensación de los Trabajadores | |
| Electricidad | | ¿Hay otro tipo de sueldo? Apunte: | |
| Basura | | | |
| Cable | | | |
| Transportación: | | | |
| Gasolina | | | |
| Reparación de Auto | | Bienes: | |
| Otros | | Dinero en efectivo: | |
| Lavandería | | Balance en Cuenta de Ahorros | |
| Ropa | | Banco: | |
| Alimentos | | Balance en Cuenta de Cheques | |
| Muebles | | Banco: | |
| Cuentas Médicas/Dentales | | Acciones/ Bonos/Tesoreros (valor de hoy día) | |
| Cuidado de Niños/Escuela | | | |
| Pagos de Sostenimiento de Hijos | | | |
| Tarjetas de Crédito (apúntelas) | | Otros Instrumentos de Inversión: (apúntelas) | |
| | | | |
| | | Propiedad | |
| | | Domicilio: | |
| Otros Pagos de Préstamo: | | Clase de Propiedad: | |
| | | Cantidad Debida al Préstamo | |
| | | Valor de Hoy Día | |
| | | Aseguranza de Vida | |
| Otros Gastos: | | Valor Aparente []] | |
| | | Valor Monetario | |
| | | Vehículos: Apunte, descripción y valor | |
| | | | |
| | | | |

(Ser completado por oficial de probación) Total Expenses: Total Net Income: Total Net Assets:

P.O. believes client can pay \$_____per month on court-ordered fines, fees, and restitution.

Historia y Estado Actual sobre lo Médico, la Salud Mental, el Alcohol, la Droga, la Amenaza, y las Armas:

Problemas Físicos/Médicos (Historia y Estado Actual):

Cirugías, y Heridas Graves y Enfermedades:

Medicamentos Tomados:

Incapacidades:

Otro Tipo de Preocupación o Información sobre lo Médico Actual o Pasado:

Problemas de Salud Mental (Historia y Estado Actual):

Apunte cualquier terapia/visita con consejero, incluyendo fechas, razón, y nombre de terapeuta:

Si le han dado un diagnóstico sobre la salud mental, ¿qué fue? ¿Fecha?

¿Fue víctima de alguna violencia, o abuso sexual, de niño, o doméstico? (si es así, describa):

Describa cualquier historia genealógica sobre la salud mental o problemas de abuso:

¿Alguna vez ha tomado, o está tomando, medicamentos para combatir los problemas de la salud mental? (describa):

¿Alguna vez ha sentido las ganas de suicidarse? Explique:

Uso de Alcohol (Historia y Estado Actual):

Edad que comenzó a tomar:

¿Cuál es su bebida alcohólica preferida?

¿Cada cuanto toma?

¿Cuánto toma a la vez?

¿Típicamente toma solo o con otros?

Explique algún arresto en el cual el alcohol fue factor:

Describa algún tratamiento que ha recibido por el problema de alcohol:

Describa algunas condiciones médicas que han sido relacionadas con el uso de alcohol:

Uso de Drogas (Historia y Estado Actual):

Edad que comenzó a usar drogas:

¿Cuál es su droga preferida?

¿Cada cuanto usa drogas?

¿Cuántas drogas usa a la vez?

¿Típicamente usa drogas solo o con otros?

¿Usa más de una droga a la vez? Si es así, ¿cuál?

¿Estaba usando drogas o estaba bajo la influencia cuando fue detenido por su ofensa corriente?

Explique algún arresto en el cual las drogas fueron factor:

¿Usted piensa que se beneficiaría en recibir tratamiento del uso de drogas?

Describa algún tratamiento que ha recibido por los problemas de drogas:

Describa algunas condiciones médicas que han sido relacionadas al uso de drogas:

Juego/Apostar (Historia y Estado Actual):

Edad a la cual comenzó jugar/apostar:

¿Cada cuanto va jugar/apostar?

¿En cuáles tipos del juego participa?

Casino Internet Apuestas vía satélite Lotería Bingo Naipes

¿En promedio cuanto gasta en el juego cada mes?

¿Alguna vez ha gastado más de lo que se propuso en el juego? Explique:

¿Alguna vez ha escrito un cheque sin fondos o tomado dinero para pagar el juego?

Describa cualquier tratamiento que ha tenido para problemas de juego.

Amenazas a Otros y Participación Pandillera (Historia y Estado Actual):

¿Alguna vez ha amenazado a alguien?

Si es así, ¿a quién y por qué?:

¿Alguna vez ha sido arrestado por cometer un acto violento contra otra persona? Si es así, explique:

¿Alguna vez ha estado involucrado con pandilleros? Describa:

Si es así, ¿le han "iniciado"?

¿Cuál pandilla?

¿Cuál es su estado actual?

¿Cuál es su nombre?

Armas de Fuego y Armas (Historia y Estado Actual):

¿Alguna vez ha sido arrestado bajo un cargo dónde armas fueron usadas? Si es así, describa:

¿Es dueño o tiene acceso de facilidad a las armas de fuego? Si es así, favor de apuntarlas:

¿Es dueño o tiene acceso de facilidad a otras armas? Si es así, favor de apuntarlas:

¿Alguna vez ha usado una arma contra una persona o animal? Si es así, describa:

¿Ha tenido instrucción en el uso de armas? Si es así, describa:

Amenaza de Otros (Historia y Estado Actual):

¿Ha hecho alguien amenazas hacia Ud.? Si es así, describa:

¿Tiene enemigos? Si No ¿Están presos? Si No

Apunte a cualquier enemigo, o alguien que le ha amenazado:

Misceláneo:

Organizaciones y Clubes a los que pertenece:

Instrucción en las Artes Marciales: (tipo, cinturón, fechas)

¿Hay cualquier otra información que siente el Oficial de Probación debe de saber?

Sección Narrativa:

1. Arrestos Previos:

¿Está actualmente en probación o libertad bajo palabra? Si No

Si es así, nombre de Oficial de Probación, Jurisdicción y Número de Teléfono:

¿Alguna vez ha sido arrestado, como juvenil o adulto? Si es así, dé fechas, delito(s), donde fue el arresto, sentencia, e institución donde sirvió su sentencia.

2. Delito Presente: Describa el delito por el cual fue referido a este departamento:

3. Planes para el Futuro, y Probación: ¿Por qué piensa que merece probación? ¿Cuales son sus planes para el futuro, y qué está haciendo para obtenerlos?

Si siente que necesita elaborar más en los datos de este formulario, favor de pegar páginas adicionales para este propósito.

Se está encarcelado, llene el formulario y quédese consigo hasta su entrevista con el Oficial de Probación.

Declaro bajo pena de perjurio que el previo es verdadero y correcto. Entiendo que si soy otorgado probación, tengo que reportarme a Probación dentro de 72 horas de mi fecha de sentencia o libertad de custodia.

Firma de Cliente: _____

Fecha:

| | | | |
|---|---|---|---|
| For Department Use: (Por Uso del Departamento) | | | |
| Background: DNA sample on file with California Department Of Justice: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown | | | |
| Status: | | | |
| Extended Risk: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Transient: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Undoc Immigrant: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Violent Offender: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Repeat Offender: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Sex Offender: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Mental Health Issues: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Supervision: State Parole: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | |
| Registration Required: <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Arson <input type="checkbox"/> Drugs | | | |
| Special Instructions: (Check all that apply) | | | |
| <input type="checkbox"/> Special Handling <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Title IVE <input type="checkbox"/> SATC <input type="checkbox"/> TCM <input type="checkbox"/> EM <input type="checkbox"/> Sex Registrant <input type="checkbox"/> Drug Registrant <input type="checkbox"/> Arson Registrant <input type="checkbox"/> Domestic Violence <input type="checkbox"/> Medi – Cal <input type="checkbox"/> Undercover Exempt | | | |
| Data Entry By: | | Date: | |
| Additional Data Entry By: | | Date: | |
| Acceptance Of Data Entry: (signature of P.O.) | | Date: | |