

***TRIBUNAL SUPERIOR DEL ESTADO DE WASHINGTON***  
***SERVICIOS DEL TRIBUNAL DE FAMILIAS***

*King County Courthouse*  
*516 Third Avenue, Room W-280*  
*Seattle, WA 98104*  
*206-477-1500*  
*FCS@KingCounty.gov*

***EVALUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA***

Como resultado de una solicitud por violencia intrafamiliar, se le ha ordenado a los Servicios del Tribunal de Familias completar una evaluación para ayudarle al juez a determinar los arreglos para la residencia de sus menores. Para darle suficiente información útil al juez para que pueda tomar una decisión, se requiere su cooperación inmediata y completa.

El Evaluador(a) de los Servicios del Tribunal de Familias tienen la responsabilidad de evaluar los antecedentes y capacidades de crianza de ambos padres, y de recomendar un plan específico al juez con respecto al futuro cuidado y responsabilidad de sus menores. Para obtener suficiente información, el evaluador realiza entrevistas con usted y, dependiendo de la necesidad, puede comunicarse con miembros de su familia u otras partes importantes. Es posible también que se comunique con la escuela y guardería infantil, proveedores de cuidados médicos, agencias del orden público y referencias.

La evaluación se realizará antes de la audiencia de retorno y se requiere su cooperación inmediata. La información no es confidencial y está a disposición de los abogados y de aquellos clientes que no tienen abogado. Cuando el informe de la evaluación esté completo, se proporcionarán copias al juez y a los abogados que figuren en el caso o a clientes sin representación legal. Un caso de los Servicios del Tribunal de Familias se cierra cuando se presenta el informe y no se suministrará ningún otro servicio a no ser que lo exija alguna otra orden judicial.



# King County Superior Court Family Court Services



King County Courthouse  
516 Third Ave, Room W-280  
Seattle, WA 98104  
206-477-1500  
FCS@KingCounty.gov

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PARTE DEMANDANTE (coloque un círculo alrededor de uno) CORREO ELECTRÓNICO DE USTED

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PARTE DEMANDADA (coloque un círculo alrededor de uno) # TRIBUNAL SUPERIOR # FCS

POR FAVOR REGRESE ESTE CUESTIONARIO CONTESTADO DENTRO DE LOS SIGUIENTES 7 DIAS

### 1. DATOS IDENTIFICATORIOS SUYOS:

Nombre: Apellido Primer nombre Segundo nombre Nombre de nacimiento Otros nombres

Domicilio actual: Ciudad Estado Código postal

Dirección postal (si es diferente al domicilio): Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: Celular: Teléfono en el trabajo: ¿Puede recibir llamadas en el trabajo?  Sí  No

Fecha de nacimiento/edad: Raza (optativo) Años de educación completados:

Nombre de su abogado: Teléfono:

¿NECESITA INTÉRPRETE?  Sí  No ¿PARA CUÁL IDIOMA? \_\_\_\_\_

### 2. MENORES INVOLUCRADOS EN ESTE CASO:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Vive con:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Vive con:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Vive con:

### 3. LISTA DE OTROS MENORES (de otras relaciones, hijastros, etc.):

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Relación:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Relación:

### 4. LISTA DE OTROS ADULTOS QUE VIVEN CON USTED:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Relación:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Relación:

### 5. LISTA DE SUS MATRIMONIOS O RELACIONES DE PAREJA (inclusive la actual):

a. Nombre del otro padre de los menores: \_\_\_\_\_  
Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Separación: \_\_\_\_\_ Decreto: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Motivo de la separación: \_\_\_\_\_

b. Nombre de su pareja: \_\_\_\_\_  
Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Separación: \_\_\_\_\_ Decreto: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Motivo de la separación: \_\_\_\_\_

c. Nombre de su pareja: \_\_\_\_\_  
Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Separación: \_\_\_\_\_ Decreto: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Motivo de la separación: \_\_\_\_\_  
Reason for Separation: \_\_\_\_\_

6. INFORMACIÓN SOBRE SUS EMPLEOS E INGRESOS:

a. Actual empleo: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Sueldo anual: \_\_\_\_\_

b. Manutención de menores Pagada/recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Está al día la cantidad?  Sí  No

c. Otros ingresos Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_

**HAGA UNA LISTA DE SUS EMPLEOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS:**

Empleador \_\_\_\_\_ Desde – Hasta: \_\_\_\_\_ Sueldo anual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. **MARQUE CUÁLES DE LOS SIGUIENTES MEJOR INDICA LO QUE A USTED LE PREOCUPA:**

- Con cuál de las partes van a vivir los niños
- Cantidad de la manutención de menores
- Quién toma las decisiones con respecto a los niños
- Cobertura médica para los niños
- Cantidad de tiempo que tendré con los niños
- Cantidad de tiempo que tendrá la otra parte con los niños
- Other (Describe): \_\_\_\_\_
- Violencia intrafamiliar
- Problemas de alcohol o drogas
- Problemas de descuido
- Reubicación (mudanza)
- Salud mental

\_\_\_\_\_

8. **MARQUE LOS SERVICIOS SOCIALES O CONSEJOS RECIBIDOS ANTERIORMENTE:**

**Agencia, proveedor, dónde se encuentra, números telefónicos y de fax**

- Consejos particulares \_\_\_\_\_
- Consejos de pastores \_\_\_\_\_
- Servicios de Protección del Menor (CPS) \_\_\_\_\_
- Evaluación del uso de drogas o alcohol \_\_\_\_\_
- Tratamiento contra drogas o alcohol \_\_\_\_\_
- Clases de crianza \_\_\_\_\_
- Evaluador particular \_\_\_\_\_
- Mediador particular \_\_\_\_\_
- Evaluación psicológica \_\_\_\_\_
- Tratamiento contra la violencia intrafamiliar \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Marque los servicios que haya recibido anteriormente del Tribunal Superior del Condado de King:**

- Mediación
- CASA
- Evaluación
- G.A.L.
- Evaluación por Violencia Intrafamiliar
- Tribunal de Menores
- Evaluación de Riesgo/Otro

9. **¿HA SIDO ARRESTADO ALGUNO DE LOS PADRES EN ALGÚN MOMENTO?**

Madre:  Padre:

Cargos y disposición del caso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Oficial de Libertad Probatoria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

10. **¿ALGUNA DE LAS PARTES (PADRE/MADRE) TIENE UN CASO PENAL PENDIENTE?**

En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. ANTECEDENTES MÉDICOS:**

Identifique si alguna de las partes tiene una discapacidad física, ha recibido tratamiento psiquiátrico o tratamiento contra dependencia de drogas o alcohol:

**Madre:** Nombre del proveedor      Dirección/teléfono/fax      Fechas de tratamiento      Naturaleza del problema

---

---

**Padre:** Nombre del proveedor      Dirección/teléfono/fax      Fechas de tratamiento      Naturaleza del problema

---

---

**12. SALUD DE LOS MENORES:**

¿Alguno de los menores tiene actualmente problemas de salud o necesidades especiales?     Sí     No

Si respondió afirmativamente, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

---

Haga una lista de los doctores de cada menor, incluyendo nombre, dirección, teléfono y número de fax:

---

---

**13. DESCRIBA CÓMO CADA PADRE O CADA PARTE HA PARTICIPADO EN LA VIDA DE LOS MENORES, EN CUANTO A SU EDUCACIÓN, CUIDADO DE LA SALUD, RELIGIÓN, DIVERSIONES, ETC. DURANTE EL AÑO ANTERIOR A ÉSTE:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

14. **¿CON QUIÉN HAN ESTADO VIVIENDO LOS MENORES?** Indique fechas y plazos de tiempo:

---

---

---

**¿CON QUÉ FRECUENCIA SE VEN LOS MENORES CON LA(S) OTRA(S) PARTE(S)?** \_\_\_\_\_

**¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE LOS MENORES VIERON A LA OTRA PARTE?** \_\_\_\_\_

15. **DESCRIBA LOS INCIDENTES Y LOS ANTECEDENTES QUE RESULTARON EN LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD PARA UNA ORDEN DE PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:**  
(fechas, lesiones, armas usadas, etc.)

---

---

---

---

---

16. **HAGA UNA LISTA Y DESCRIBA TODAS LAS INQUIETUDES QUE SE DEBEN INDICAR EN SU PLAN DE CRIANZA** (por ejemplo, violencia intrafamiliar, abuso de menores, abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental, etc.):

---

---

---

---

---

**¿QUÉ SE PUEDE HACER PARA CORREGIR EL PROBLEMA?** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**¿SERÍA CONVENIENTE LIMITAR EL TIEMPO DE ALGUNA DE LAS PARTES CON LOS MENORES?**  
**Si contestó afirmativamente, indique cómo.**

---

---

---

17. DESCRIBA CÓMO CADA PARTE SE ENCARGA DE LA DISCIPLINA DE LOS MENORES:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

18. OTRA INFORMACIÓN: por favor incluya otros documentos o información que considere pertinente a la evaluación.

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

19. REFERENCIAS:

PROPORCIONE SÓLO TRES REFERENCIAS EN ESTE ASUNTO: Al seleccionar sus referencias, por favor trate de usar personas que no sean familiares y que lo/la conozcan bien a usted, su situación y sus capacidades de crianza. LA DIRECCIÓN POSTAL O CORREO ELECTRÓNICO, son necesarios para poder enviarles nuestro cuestionario.

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo se conocen?

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

E-Mail: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se ven?: \_\_\_\_\_

Por favor escriba claramente

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo se conocen?

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

E-Mail: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se ven?: \_\_\_\_\_

Por favor escriba claramente

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo se conocen?

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

E-Mail: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se ven?: \_\_\_\_\_

Por favor escriba claramente

**DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN:**

Si usted tiene información, informes o evaluaciones adicionales que podrían ser útiles para el Evaluador de los Servicios del Tribunal de Familias, puede suministrarlos.

Por ley, “El evaluador o investigador proporcionará al abogado o a cualquier parte que no esté representada por un abogado...” (1) el expediente del evaluador o investigador; (2) los textos de los informes de diagnóstico; (3) los nombres y direcciones de las personas consultadas; y (4) los investigadores y cualquier persona consultada puede ser llamada para un conainterrogatorio.