

**San Benito County Probation Department**

400 Monterey Street  
Hollister, CA 95023  
831.636.4070  
831.636.5682 FAX

**FORMA DE ENTREVISTA DE ADULTOS**

**HISTORIAL PERSONAL:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ INITIAL \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE CELL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO ANTERIOR: \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

LA FECHA EN CUANTO LLEGO A CALIFORNIA: \_\_\_\_\_ AL CONDADO DE SAN BENITO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TARJETA DE EXTRANJERO RESIDENTE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ LICENCIA DE MANEJAR: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ COLOR DE PELO: \_\_\_\_\_ COLOR DE OJOS: \_\_\_\_\_

CICATRIZ/MARCAS FISCAS: \_\_\_\_\_

TATUJES: \_\_\_\_\_

CONOCIDO POR/APELLINDO DE SOLTERA: \_\_\_\_\_

**ESTADO MATRIMONIAL:**

SOLTERO/A       CASADA/A       CO-HAB       SEPARADO/A       DIVORCIADO/A

NOMBRE DE ESPOSO/A: \_\_\_\_\_ FECHA DE MATRIMONIO: \_\_\_\_\_ LOCACION: \_\_\_\_\_

HIJOS:      NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_      NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_      NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_      NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESPOSO/A ANTERIOR: \_\_\_\_\_ FECHA MATRIMONIO: \_\_\_\_\_ FECHA DIVORCIO: \_\_\_\_\_

HIJOS: NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

LA/EL DEFUNTA/O: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ CAUSA DE MUERTE: \_\_\_\_\_

AFILIACION RELIGIOSO: \_\_\_\_\_ IGLESIA: \_\_\_\_\_

USTED ATENDE SERVICIOS:  
 REGULARMENTE  FRECUENTEMENTE  A VECES  NUNCA

OTRAS ORGANIZACIONES: \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES/PASA TIEMPO: \_\_\_\_\_

**EDUCACION:**

ESCUELA SECUNDARIA: \_\_\_\_\_ GRADUACION: SI  NO  AÑO: \_\_\_\_\_

ABANDONO SUS ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ EQUIVALENCIA GENERAL \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD O ESCUELA VOCACIONAL: \_\_\_\_\_

DE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_ TITULO: \_\_\_\_\_ AA \_\_\_\_\_ BA \_\_\_\_\_ BS

ESPECIALIZARSE EN: \_\_\_\_\_ CREDITOS COMPLETADOS: \_\_\_\_\_

PRO FAVOR INDIQUE OTROS ESTUDIOS VOCACIONALES, ESCUELA TECNICAS O ESCUELA DE OFICIO QUE USTED HA TENIDO:

ESCUELA: \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

DE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

**EMPLEO:**

EMPLEADOR POR LO PRESENTE: \_\_\_\_\_ TITULO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ SUELDO: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR ANTERIOR: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_ SUELDO \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

LO HAN DESPEDIÓ DEL TRABAJO? SI  NO  SI ES SI, PRO QUE RAZON: \_\_\_\_\_

**SALUD:**

USTED HA ESTADO EN EL HOSPITAL:

FECHA	LUGAR	RAZON
_____	_____	_____
_____	_____	_____

POR LO PRESENTE, USTED ESTA EN EL CUIDADADAO DE UN MEDICO POR ALGUNA ENFERMEDA?

SI  NO  UNA EXPLICACION: \_\_\_\_\_

ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS? SI  NO  POR FAVOR DE UNA ESPECIFICACION: \_\_\_\_\_

USTED HA TRATADO DE SUICIDARSE? SI  NO  POR FAVOR DE UNA EXPLICACION: \_\_\_\_\_

USTED ESTA PARTICIPADO EN UN PROGRAMA DE CONSEJO? SI  NO

NOMBRE DEL TERAPUETA: \_\_\_\_\_ AGENCIA: \_\_\_\_\_

USTED HA PARTICIPADO EN UN PROGRAMA DE CONSEJO EN EL PASADA? SI  NO

DE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

THERAPIST \_\_\_\_\_ AGENCY \_\_\_\_\_

USTED CREE QUE PUEDE BENEFICIAR DE UNA CONSULTA? SI  NO

PORQUE? \_\_\_\_\_

**USO DE DROGAS Y ALCOHOL:**

USTED TOMA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CUENTAS POR SEMANA	FRECUENCIA
VINO O VINO FRESCO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
CERVEZA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
LICOR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____	_____

USTED HA USADO		PRIMER USO	ULTIMO USO	FRECUENCIA
MARIJUANA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
COCAINE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
PCP	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
METHAMPHETAMINE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
LSD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
HEROIN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____	_____
OTRAS DROGAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____	_____

USTED CREE QUE ESTA ADICTO A LAS DROGAS O BEBIDAS ALCOHOLICAS? SI  NO   
SI SU RESPUESTA ES SI, CUAL: \_\_\_\_\_

USTED HA RECIBIDO CONSULTAS PRO SU VECIO? SI  NO

TRATAMIENTO RESIDENCIAL? SI  NO

CON CUAL AGENCIA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

CON CUAL AGENCIA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE LA FAMILIA:**

PADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
CELL: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NATURALIZAR: \_\_\_\_\_

DIFUNTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE MATRIMONIO \_\_\_\_\_

FECHA DE DIVORCIO: \_\_\_\_\_

SEGUNDO MATRIMONIO

DEL PADRE: \_\_\_\_\_

CON: \_\_\_\_\_

DIVORCIO: \_\_\_\_\_

**MADRE:** \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CELL: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NATURALIZAR: \_\_\_\_\_

DIFUNTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE MATRIMONIO \_\_\_\_\_

FECHA DE DIVORCIO: \_\_\_\_\_

SEGUNDO MATRIMONIO

DEL MADRE \_\_\_\_\_

CON: \_\_\_\_\_

DIVORCIO: \_\_\_\_\_

**HERMANOS Y HERMANAS**

\_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

HAY HISTORIAL DE LA FAMILIA SOBRE ACTIVIDADES CRIMINALES?

SI  NO

ENFERMEDA MENTAL EN LA FAMILIA?

SI  NO

DIAGNOSIS \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES CRIMINAL:**

FECHA	VIOLACION	ESTADO OR CONDADO	DISPOSICION
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

POR LO PRESENTE, ESTA USTED EN PRUEBA CONDICIONAL? SI  NO  CON CUAL CONDADO? \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU OFICIAL DE PROBACION: \_\_\_\_\_

POLICIA ENCARGADO DE VIGILAR: SI  NO  NOMBRE DE OFICIAL: \_\_\_\_\_

AFILIACION CON PANDILLAS: SI  NO  NAME: \_\_\_\_\_

ENEMIGOS: \_\_\_\_\_

**DECLARACION DEL DEMANDADO:**

POR FAVOR ESCRIBE SU DECLARACION EXPLICANDO SU VERSION DE LA OFENSA, QUE CLASE DE CASTIGO USTED MERECE, QUE APRENDIO DE ESTE INCIDENTE Y QUE MAS INFORMACION QUE ES PERTINENTE.  
(PUEDE USAR LO DETRAS DE ESTA PAGINA PARE SIGUIR CON SU DECLARACION SI OCUPA MAS CAMPO).

**DECLARACION DE AMISTADES:**

(USTED PUEDE PRESENTAR CECLARACIONES DE PARIENTES, AMIGOS O EMPLEADORS).

**SERCIVIO MILITAR:**

RAMA: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

TIPO DE LICENCIAR: \_\_\_\_\_

**ESTADO FINANCIERO:**

INCRESO POR MES: \_\_\_\_\_

**BENEFICIOS:**

ASISTENCIA PUBLICA: \_\_\_\_\_

MANTENIMIENTO DE HIJOS: \_\_\_\_\_

CUPONES DE COMIDA: \_\_\_\_\_

INHABILITACION: \_\_\_\_\_

SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

BENEFICIOS DE VETERANOS: \_\_\_\_\_

DISEMPLEO: \_\_\_\_\_

POR: SEMANA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_

**BIENES:**

HOGAR (DOMICILIO) \_\_\_\_\_

ADQUIRIR: SI  NO

VALOR: \$ \_\_\_\_\_ PAGOS POR MES: \$ \_\_\_\_\_

**VEHICULOS:**

ANO \_\_\_\_\_ MARCA \_\_\_\_\_ MODELO \_\_\_\_\_ SALDO DE LA CUENTA \_\_\_\_\_

ANO \_\_\_\_\_ MARCA \_\_\_\_\_ MODELO \_\_\_\_\_ SALDO DE LA CUENTA \_\_\_\_\_

ANO \_\_\_\_\_ MARCA \_\_\_\_\_ MODELO \_\_\_\_\_ SALDO DE LA CUENTA \_\_\_\_\_

AHORROS \$ \_\_\_\_\_ ANUALIDADES \$ \_\_\_\_\_ PENSION \$ \_\_\_\_\_

OTRO \$ \_\_\_\_\_

**DEUDAS:**

DEUDAS DEBER A: \_\_\_\_\_ CANTIDAD \$ \_\_\_\_\_ PAGO POR MES: \_\_\_\_\_

DEUDAS DEBER A: \_\_\_\_\_ CANTIDAD \$ \_\_\_\_\_ PAGO POR MES: \_\_\_\_\_

DEUDAS DEBER A: \_\_\_\_\_ CANTIDAD \$ \_\_\_\_\_ PAGO POR MES: \_\_\_\_\_