

Lea County Probation - DWI/Misdemeanor Compliance

Al firmar este formulario usted está de acuerdo en que toda la información proporcionada en este documento es veraz:

Por favor imprima y completar completamente. **ALTO!!!!**  **FIRMA:** _____ **FECHA:** _____

LA INFORMACION PERSONAL:										
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			APELLIDO		Apellido de soltera de su mama		
FECHA DE NACIMIENTO / /		GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenio <input type="checkbox"/> Otro		COLOR DE CABELLO			COLOR DE OJOS			
ALTURA	PESO	TEZ DE LA PIEL (circule) CLARA, MEDIANA, OSCURO		Numero de Seguro Social		Estado civil (casado, divorciado, etc.)		Tamaño de la familia		
RELIGION:		OCUPACION:		Lo Criaron? (Padres, Parientes, padres adoptivos, etc.)						
SEGURO MEDICO:				Ciudadania Estadounidense <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		RAZA		ORIGEN ETNICO		
IDIOMA PRINCIPAL		Intérprete necesario (idioma) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			Ciudad del nacimiento			Estado de nacimiento		
País del nacimiento (i.e. USA, etc.)		Condado Legal (i.e. Lea, Eddy, Chaves, etc.)		Años vividos en Estados Unidos:		Años vividos en Nuevo Mexico:		Años vividos en el Condado de Lea		
Si está casado o el nombre cambió-Nombre (S) anterior (es) utilizado:										
NOMBRE 1			APELLIDO			Cuándo cambió (el año)		Por qué cambió?		
NOMBRE 2			APELLIDO			Cuándo cambió (el año)		Por qué cambió?		
EL CONTACTO DE EMERGENCIA:										
NOMBRE			RELACION		GENERO Masculino Femenio Otro		Número de teléfono celular () -		Otro número de teléfono () -	
DIRECCION			CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL		
Otra información significativa: (esposo, esposa, novio, novia)										
NOMBRE			RELACION			Número de teléfono celular () -		Otro número de teléfono () -		
GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Libertad condicional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Fecha de nacimiento o edad		período de tiempo juntos?		
DIRECCION			CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL		
INFORMACION DE LOS PADRES:										
NOMBRE DEL PADRE		Fecha de nacimiento o edad		Segue vivo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Número de teléfono celular () -		Otro número de teléfono () -		
DIRECCION			CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL		
NOMBRE DE MADRE		Fecha de nacimiento o edad		Segue viva? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Número de teléfono celular () -		Otro número de teléfono () -		
DIRECCION			CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL		
HERMANO Y/O HERMANA										
NOMBRE		APELLIDO		RELACION		Fecha de nacimiento o edad		GENERO en libertad condicional <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
NOMBRE		APELLIDO		RELACION		Fecha de nacimiento o edad		GENERO en libertad condicional <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
NOMBRE		APELLIDO		RELACION		Fecha de nacimiento o edad		GENERO en libertad condicional <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
NOMBRE		APELLIDO		RELACION		Fecha de nacimiento o edad		GENERO en libertad condicional <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Con quién vive actualmente:					
NOMBRE	APELLIDO	RELACION	Fecha de nacimiento o edad	GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	en libertad condicional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
NOMBRE	APELLIDO	RELACION	Fecha de nacimiento o edad	GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	en libertad condicional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
NOMBRE	APELLIDO	RELACION	Fecha de nacimiento o edad	GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	en libertad condicional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
TIENE HIJOS:					
NOMBRE	APELLIDO	GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento o edad	Si menor tiene custodia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
NOMBRE	APELLIDO	GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento o edad	Si menor tiene custodia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
NOMBRE	APELLIDO	GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento o edad	Si menor tiene custodia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
NOMBRE	APELLIDO	GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento o edad	Si menor tiene custodia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
MARCAS DE IDENTIFICACIÓN: (Tipos de marcas: tatuajes, perforación, cicatrices, marcas de nacimiento - Si hay más de uno; anote en la parte inferior de la última página):					
Tipos de marcas	Ubicación del cuerpo	DESCRIPCIÓN			
SUS DIRECCIONES:					
Dirección física	Ciudad	Estado	Código Postal	Tiempo allí?	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código Postal	Tiempo allí?	
Dirección Anterior	Ciudad	Estado	Código Postal	Tiempo allí?	
Sus números de teléfono y direcciones de correo electrónico:					
CELULAR () -	Portador de la célula "requerido" (es decir, at, Verizon, Sprint)		Teléfono principal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
CASA () -			Teléfono principal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
TRABAJO \ OTRO () -	Tipo: (es decir, teléfono de un amigo, teléfono de trabajo, etc.)		Teléfono principal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Dirección de correo electrónico principal:		Dirección de correo electrónico secundaria:		Página de Facebook: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
EDUCACION					
Escuela secundaria atendida		Última asistencia: El Mes: _____ El Año: _____		Nivel de grado más alto completado: GED: _____ Si No	
Alguna vez estuviste en educación especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso, el diagnostico: _____		Te graduaste de la preparatoria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		De graduaste de la Universidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
FUENTES DE INGRESOS MENSUALES:					
Está usted actualmente empleado? If Si, Duración del empleo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____ El Año _____ El Mes		Es un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Está jubilado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
				Es un vigilante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si actualmente esta empleado, que empresa :		Título Profesional:		Nombre del supervisor:	
				Ingresos por hora \$ _____	
DIRECCION		Ciudad		Estado	
				Codigo Postal	
Otra fuente de ingresos <input type="checkbox"/> Manutención de menores <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> La Discapacidad <input type="checkbox"/> Otras ayudas (describa) _____				Ingreso mensual: \$ _____	
GASTOS MENSUALES					
1 La Hipoteca/Alquilar \$ _____ Utilidades \$ _____ Pago del coche \$ _____ El Seguro \$ _____ La Comida \$ _____ Gas Para el Coche \$ _____					
OTROS GASTOS: 2 Manutención de menores \$ _____ Pensión Alimenticia \$ _____ Otro _____ \$ _____ Otro _____ \$ _____					Total de gastos mensuales \$ _____

El Ejercito:

Sirvió en el ejército? Si No

Si es así, rama: _____ **Duración del servicio:** _____
 El Año ____ El Mes ____

La Posicion Social

Activo **Jubilado** **Descargo honrosa** **Descarga deshonrosa**

Alguna Vez en combate?

Si No En caso, Donde?: _____

Está actualmente llenando ha asuntos de Veteranos?

Si No En caso afirmativo, Donde? _____

EL VEHICULO(S):

MARCA 1	EL MODELO	El Año	COLOR	El estado/La matricula El Estado ____ #: _____
MARCA 2	EL MODELO	El Año	COLOR	El estado/La matricula El Estado ____ #: _____

SALUD FISICA Y EMOCIONAL:

Está usted discapacitado o actualmente bajo el cuidado de un médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, el diagnóstico:	Si es así, el nombre del doctor:	Si es así, el doctor está ubicado donde?
Está tomando actualmente algún medicamento (s) de receta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por lo:	Nombre (s) de los medicamentos	La receta Nombre del médico:
Alguna vez le han diagnosticado algún problema psiquiátrico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, el diagnóstico:	Si es así, cuando: / /	Si es así, ubicación: ciudad \ estado
Alguna vez ha tenido Consejería ambulatoria para problemas de salud mental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por lo:	Si es así, cuando: / /	Si es así, ubicación: ciudad \ estado
Antecedentes familiares de problemas psiquiátricos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, el diagnóstico: _____ _____	Relación con usted: _____ _____

CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILICITAS:

Actualmente bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Última fecha en que bebio alcohol: / /	Cuánto bebio?
Utiliza actualmente alguna droga ilícita? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Última fecha que usó cualquier medicamento: / /	Qué has usado?
Alguna vez ha sido hospitalizado por un problema de alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por lo:	Si es así, cuando: / /	Si es así, ubicación: ciudad \ estado:
Ha tenido alguna vez terapia ambulatoria de alcohol o drogas ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por lo:	Si es así, cuando: / /	Si es así, ubicación: ciudad \ estado:
Alguna vez has ido a A.A. o a N.A.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, que uno:	En caso afirmativo, última asistencia: / /	Si es así, ubicación: ciudad \ estado:
Antecedentes familiares de alcoholismo o drogadicción? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, el diagnóstico: _____ _____	Relación con usted: _____ _____

CONSEJERIA ACTUAL:

Alcoholismo o abuso de drogas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿dónde: _____	La última vez que asistió: / /	Nombre del consejero:
La salud mental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿dónde: _____	La última vez que asistió: / /	Nombre del consejero:
Control del enojo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿dónde: _____	La última vez que asistió: / /	Nombre del consejero:

