

El secretario pondrá un sello de la fecha aquí cuando se presenta el formulario.

**Solo para
información**

**No entregue
a la corte**

Escriba el nombre y dirección de la corte:

Corte superior de California, condado de

La corte pondrá el número de caso cuando se presente el formulario.

Número de caso:

Al trabajador social o funcionario de condena condicional: Si el padre o tutor necesita ayuda para completar este formulario, por favor ayúdelo.

Al padre, madre o tutor: Llene y firme este formulario. Si necesita más espacio para responder, adjunte una o más hojas a este formulario y escriba "JV-225" en el encabezamiento de cada página. La información solicitada en este formulario es necesaria para cumplir con las necesidades médicas, dentales, de salud mental, educativas y de desarrollo de su hijo. La corte le ha instruido que proporcione información médica, dental, de salud mental, educativa y de desarrollo de su hijo. La corte también le ha indicado que proporcione su propia información médica, dental, de salud mental y educativa y, si la sabe, la misma información acerca del otro padre de familia o el tutor. Si necesita ayuda, el trabajador social o funcionario de condena condicional le ayudará a llenar este formulario.

- ① Su nombre: _____
 Su relación con el niño: _____
 Dirección de su casa: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Su dirección postal: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Su número de teléfono: _____

- ② Nombre de su hijo: _____
 a. Fecha de nacimiento de su hijo: _____
 b. ¿Dónde nació su hijo? _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

- c. Hospital: _____
 d. Peso de su hijo al nacer: _____

La salud del niño

- ③ ¿Tiene su hijo algún problema de salud física o mental? Sí No
 Si contestó sí, ¿su hijo está recibiendo alguna ayuda, servicio o tratamiento para estos problemas? (*Explique*):
 a. Alergias: _____
 b. Lesiones: _____
 c. Enfermedades: _____
 d. Discapacidades: _____
 e. Otro: _____
 f. Otro: _____

- ④ ¿Ha sido hospitalizado su hijo alguna vez para recibir atención o tratamiento para cualquiera de los problemas del punto ③? Sí No
 Si contestó Sí, explique: _____

- ⑤ ¿Toma su hijo algún medicamento? Sí No
 Si contestó Sí, indique cada medicamento y explique por qué su hijo lo está tomando:
- | Medicamento y dosis | Por qué toma el medicamento | Fecha de inicio |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |



Nombre del niño: **Solo para información**

6 ¿Cuándo vio un médico por última vez a su hijo?
Fecha: _____
Nombre del médico: _____
Dirección de la oficina: _____
Dirección postal (*si es distinta*): _____
Número de teléfono: _____

7 ¿Cuándo vio un dentista por última vez a su hijo?
Fecha: _____
Nombre del dentista: _____
Dirección de la oficina: _____
Dirección postal (*si es distinta*): _____
Número de teléfono: _____

8 Escriba los nombres de todos los médicos, enfermera/os, dentistas, hospitales, clínicas y otros profesionales médicos y curanderos, salvo aquellos indicados en los puntos 6 y 7, que han visto a su hijo en los últimos dos años:

Nombre	Dirección (<i>ciudad, estado, código postal</i>)	Fecha de la última consulta	Razón de la consulta
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

9 ¿Qué médico, enfermera/o, dentista, hospital, clínica u otro profesional médico tienen registros médicos sobre su hijo?

a. Registros médicos: _____
b. Registros dentales: _____
c. Registros de salud mental: _____
d. Otro: _____

10 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de la vista a su hijo?
Fecha del examen: _____
¿Quién le examinó la vista a su hijo? _____
Dirección (*incluya ciudad, estado y cód. postal*): _____
Número de teléfono: _____

11 ¿Su hijo usa anteojos o lentes de contacto? Sí No

12 ¿Usa su hijo un dispositivo de audición? Sí No

13 ¿Está cubierto su hijo por una póliza de seguro?

a. Seguro médico Sí No (*Si contestó Sí, especifique la póliza de seguro*): _____
b. Seguro dental Sí No (*Si contestó Sí, especifique la póliza de seguro*): _____
c. Seguro de la vista Sí No (*Si contestó Sí, especifique la póliza de seguro*): _____

Educación del niño

14 Cuando su hijo estaba viviendo con usted, ¿a qué escuela asistía?
Nombre de la escuela: _____
Dirección (*incluya ciudad, estado y cód. postal*): _____
a. ¿Todavía se le permite y puede su hijo asistir a esta escuela? Sí No
b. Si contestó *No*, ¿aceptó renunciar al derecho de su hijo para permanecer en esta escuela? Sí No



14 c. Cuando su hijo estaba viviendo con usted, ¿estaba recibiendo, o recibió alguna vez, alguna asistencia o ayuda en la escuela, o alguna evaluación, servicio o modificación para ayudarlo con cualquier discapacidad física, mental o de aprendizaje, u otra necesidad de educación especial? Sí No

(1) Si contestó *Sí*, ¿qué evaluaciones, servicios o modificaciones recibía su hijo?

(2) ¿Quién le brindó a su hijo estos servicios educativos o de desarrollo?

d. ¿Su hijo fue remitido alguna vez a un centro regional para servicios de desarrollo? Sí No
Si contestó *Sí*, escriba el nombre y ubicación del centro regional, y la fecha de remisión.

e. Si corresponde, ¿tiene una copia del programa de educación individual (IEP) de su hijo, plan de sección 504, plan de servicio familiar individual (IFSP), plan de programa individual (IPP) o evaluación de control de calidad?

Sí No

f. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió a hablar su hijo? _____

g. ¿Cuál es el idioma principal de su hijo? _____

h. ¿Qué idioma usa usted con más frecuencia cuando habla a su hijo? _____

i. ¿Alguna escuela ha determinado que su hijo tiene conocimientos limitados de inglés o es un principiante de inglés?
 Sí No

j. ¿Alguna vez se ha inscrito a su hijo en un programa especializado para aprender inglés? Sí No

15 Indique todas las demás escuelas o guarderías a las que ha asistido su hijo:

Escuela (*nombre, ciudad, estado*): _____ Fechas de asistencia: _____

Escuela (*nombre, ciudad, estado*): _____ Fechas de asistencia: _____

Escuela (*nombre, ciudad, estado*): _____ Fechas de asistencia: _____

Escuela (*nombre, ciudad, estado*): _____ Fechas de asistencia: _____

16 a. ¿En qué grado está su hijo? _____

b. ¿Tiene alguna necesidad especial? Sí No

Si contestó *Sí*, descríbala: _____

c. Si su hijo tiene tres años de edad o menos, ¿cree que podría tener algún retraso motor, de desarrollo o de otro tipo? Sí No

Si contestó *Sí*, explique por qué: _____

¿Qué evaluaciones, servicios, tratamientos o modificaciones cree que su hijo necesita para este retraso?



16 d. ¿Cree que su hijo podría tener una discapacidad? Sí No
Si contestó Sí, descríbala: _____

¿Qué evaluaciones, servicios, tratamientos o modificaciones cree que su hijo necesita para esta discapacidad?

17 a. ¿Se ha limitado su derecho a tomar decisiones educativas en nombre de su hijo? Sí No
Si contestó Sí, ¿quién tiene el derecho a tomar decisiones educativas en nombre de su hijo?

Nombre: _____

Relación con el niño: _____

b. ¿Se ha limitado su derecho a tomar decisiones sobre servicios de desarrollo en nombre de su hijo? Sí No

Si contestó Sí, ¿quién tiene el derecho a tomar decisiones sobre servicios de desarrollo en nombre de su hijo? igual a la 17a.

Nombre: _____

Relación con el niño: _____

Salud y educación del padre/madre biológico/a (*La ley estatal exige requiere la siguiente información sobre usted. Si no quiere proporcionar esta información, hable con su abogado.*)

18 a. ¿Cuándo vio por última vez a un médico y a un dentista? _____

(1) ¿Qué problemas médicos son frecuentes en su familia? _____

(2) ¿Tiene usted problemas médicos o discapacidades? Sí No

Si contestó Sí, descríbalos: _____

(3) ¿Qué medicamentos toma?

Medicamento

Por qué toma el medicamento

_____	_____
_____	_____
_____	_____

b. ¿Cuál es su historial de educación?

(1) Última escuela a la que asistió (*nombre, ciudad, estado*): _____

(2) Último grado que terminó: _____

19 a. Si la sabe, proporcione la siguiente información sobre el otro padre/madre biológico/a de su hijo:

(1) Nombre del otro padre/madre: _____



Nombre del niño: **Solo para información**

Número de caso:
No entregue a la corte

19 a. (2) Problemas médicos y discapacidades del otro padre
(Incluya problemas físicos, mentales, de desarrollo y de aprendizaje):

(3) El otro padre/madre de mi hijo toma los siguientes medicamentos:

Medicamento	Razón por la que toma los medicamentos
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(4) En la familia del otro padre de mi hijo son frecuentes los siguientes problemas médicos:

b. El otro padre de mi hijo tiene el siguientes historial de educación:

(1) Última escuela a la que asistió: _____

(2) Último grado que terminó: _____

Declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Fecha: _____

Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del padre/madre/tutor

▶ **Solo para información**

El padre/madre/tutor firma aquí

Fecha: _____

Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del trabajador social

▶ _____
El trabajador social firma aquí

Fecha: _____

Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del funcionario de libertad condicional

▶ _____
El funcionario de condena condicional firma aquí