

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	NOMBRE DE SOLTERA
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	Número de seguridad 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	
País del nacimiento (i.e. USA, etc.)		Contado 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	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, piercings, 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	Codigo Postal	Tiempo allí?
Dirección postal		Ciudad	Estado	Codigo Postal	Tiempo allí?
Dirección Anterior		Ciudad	Estado	Codigo 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:
Alguna vez estuviste en educación especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No If Si, 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 se emplea, nombre de la compañía		El Cargo:	Nombre del supervisor:		Ingresos por hora \$ _____
DIRECCION		Ciudad		Estado	Codigo Postal
Otra fuente de ingresos <input type="checkbox"/> Manutencion de menores <input type="checkbox"/> Manetucion A lementicia <input type="checkbox"/> La Discapacidad <input type="checkbox"/> Otras ayudas (describa) _____					Ingreso mensual: \$ _____
GASTOS MENSUALES					
1 La Hipoteca/Alquilar \$ _____ La Utilidad \$ _____ Pago del coche \$ _____ El Seguro \$ _____ La Comida \$ _____ Gas Para el Coche \$ _____					
OTROS GASTOS: 2 Manutencion de menores \$ _____ Manetucion A lementicia \$ _____ Otro _____ \$ _____ Otro _____ \$ _____					Total de gastos mensuales \$ _____

El Ejercito:				
Sirvió en el ejército? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		La Posicion Social		
Si es así, rama: _____ Duración del servicio: _____ El Año ____ El Mes ____		<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Descarga honrosa <input type="checkbox"/> Descarga deshonrosa		
En combate? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, Donde?: _____		Está actualmente llenando asuntos de Veteranos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 bebió alcohol: _____ / _____ / _____	Cuánto bebió?	
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 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:	

