

CUESTIONARIO DE ADMISION DEL CONDADO DE POLK

Instrucciones: Por favor escriba toda la información completa y precisa. Si necesita más espacio en cualquier sección, utilice el otro lado de la hoja.

Fecha

INFORMACION PERSONAL

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Otros nombres / apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Numero de seguro social: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Sexo: _____ Raza: _____ Color de ojos / cabello: _____

Cicatrices, marcas o tatuajes: _____

Dirección: _____
Numero y calle Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo: _____
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Mensaje: _____

¿Cuanto tiempo ha vivido en esta residencia? _____

¿Cuanto tiempo ha vivido en Oregon? _____

CRIMEN / SENTENCIA

¿De qué crimen fue sentenciado? _____

Fecha en que el crimen ocurrió _____

Nombre de la víctima / ¿qué relación tiene con usted?: _____

Nombre de co-defendiente (s) / relación a usted: _____

¿Alguien salió lastimado por su crimen? _____

¿Cómo sucedió su crimen? ¿Por qué? Provea detalles (Use otra pagina si necesita mas espacio):

HISTORIAL CRIMINAL

¿Alguna vez fue arrestado o sentenciado de algún crimen cuando era **menor de edad**? _____

Si contestó "Sí" indique cuales fueron los crímenes: _____

¿Ha sido arrestado o sentenciado de algún crimen ahora de adulto? ¿De qué?: _____

¿Ha estado en supervisión antes? _____ ¿En que año y donde? _____

¿Por qué razón? _____

¿Cuántas veces ha estado encarcelado /en la prison/carcel juvenil? _____

¿Quiere decir algo mas a su PO acerca de su historial criminal? _____

INGRESOS / EMPLEO/EDUCACION

¿Recibe los siguientes beneficios?:

_____ TANF(welfare) _____ Estampillas de comida _____ OHP(medical)

Ingresos:

Salario de empleo \$ _____ Beneficios de desempleo \$ _____

Child support \$ _____ Beneficios de retiro \$ _____

Beneficios de seguro social o discapacidad \$ _____

Empleo:

(1) Empleador: _____ Sueldo \$ _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Supervisor: _____ ¿Cual es su oficio?: _____

Turno de trabajo (día / noche/ tarde): _____ Horas por semana: _____

Fechas de empleo: mes / año _____ a mes / año _____

¿Su empleador sabe que usted esta en supervisión? _____

(2) Empleador anterior: _____ Sueldo \$ _____

Fechas de empleo: mes / año _____ a mes / año _____

¿Cual era su oficio?: _____ ¿Por qué dejo este trabajo? _____

(3) Empleador anterior: _____ Sueldo \$ _____

Fechas de empleo: mes / año _____ a mes / año _____

¿Cual era su oficio?: _____ ¿Por qué dejó este trabajo? _____

(Por favor, provea 4 años de historial de trabajo- use el reverso de esta hoja si necesita mas espacio)

Educacion:

¿Tiene diploma de Preparatoria / High School? _____

Nombre de la escuela: _____ ¿Tiene su GED? _____

¿Cual fue el último año de estudios completado?: _____

¿Alguna vez fue suspendido o expulsado de la escuela? _____

¿Por qué? _____

Universidad / Colegio / otro entrenamiento: _____

Licencias / títulos / certificados: _____

¿Sabe leer / escribir? _____

INFORMACION DE VIVIENDA

Escriba los nombres completos de **TODOS** los adultos que viven con usted, qué relación tienen con usted (madre, padre, hermano, etc.) y si alguno de ellos ha estado en supervisión / probation alguna vez.

1. _____ Relación: _____

2. _____ Relación: _____

3. _____ Relación: _____

4. _____ Relación: _____

5. _____ Relación: _____

6. _____ Relación: _____

Escriba los nombres y edades de **TODOS** los menores de edad que viven con usted.

1. _____ Edad _____ Relación: _____

2. _____ Edad _____ Relación: _____

3. _____ Edad _____ Relación: _____

4. _____ Edad _____ Relación: _____

5. _____ Edad _____ Relación: _____

En el ultimo año, ¿cual ha sido / era su dirección? _____

¿Cuántos perros tiene en casa y de qué raza son?: _____

Amigos / familiares que siempre sabrán como comunicarse con usted:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____

FAMILIA / HISTORIA MARITAL

¿Esta usted casado /comprometido /divorciado /viudo /o viviendo con un compañero /a?: _____

¿Por cuanto tiempo? _____ Nombre de la persona: _____

Esposo / Esposas anteriores:

Nombre: _____ Fecha de divorcio / separación: _____

¿Tiene un caso abierto con el departamento de servicios de protección de niños (DHS)? _____

Nombre de la trabajadora social asignada a su caso: _____

¿Debe pagar manutención mensual para sus hijos (child support)? _____

Si contesto “Si”, ¿cuanto le es requerido pagar por mes? _____

Sus hijos / hijas (use el reverso de esta hoja si necesita mas espacio)

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Con quién vive?: _____

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Con quién vive?: _____

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Con quién vive?: _____

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Con quién vive?: _____

HISTORIA DE SUS PADRES / HERMANOS (AS)

Nombre completo de su padre: _____

Dirección: _____

de teléfono: _____ Ocupación: _____

Nombre completo de su madre: _____

Dirección: _____

de teléfono: _____ Ocupación: _____

¿Están divorciados / separados sus padres? _____

¿Qué edad tenía usted cuando se divorciaron? _____

¿Su familia sabe de sus problemas legales / que está en supervisión? _____

Nombre de su madrastra / padrastro: _____

Escriba el nombre y las edades de todos sus hermanos y hermanas

1. _____ Edad _____
2. _____ Edad _____
3. _____ Edad _____
4. _____ Edad _____
5. _____ Edad _____
6. _____ Edad _____

¿Hay alguien en su familia que tiene un problema con el alcohol? _____

¿Hay alguien en su familia que tiene historial de uso de drogas o abuso de sustancias de cualquier tipo?: _____

¿Hay alguien en su familia con historial de arrestos?? _____

Escriba los estados / países en los que ha vivido: _____

¿A qué se dedica en su tiempo libre: (escriba 8 actividades / pasatiempos / intereses que tiene, quiere hacer o le gustaria aprender)?:

1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____ 7. _____
4. _____ 8. _____

¿Con quién pasa su tiempo libre? (si son amigos, provea los nombres de los amigos)? _____

¿Qué tan seguido apuesta? _____

Escriba cualquier organizacion / pandilla a las que ha pertenecido o ha sido afiliado: _____

HISTORIAL DE USO DE ALCOHOL / DROGAS

¿Estaba bajo la influencia de alcohol cuando cometió el crimen? _____

¿Estaba bajo la influencia de drogas cuando cometió el crimen? _____

¿Alguna vez ha estado adicto a alguna droga?? _____ Si la respuesta es “Sí”, por favor indique a qué droga: _____

¿Se considera un adicto o cree tener un problema con las drogas? _____

¿Por qué? _____

¿Qué drogas ilegales / sustancias controladas ha probado alguna vez?

_____ Marijuana _____ Cocaína _____ Heroína _____ LSD _____ Hashish
_____ Metanfetamina _____ Extasy _____ Peyote _____ Ketamine _____ GHB
_____ Barbituricos o sedativos

Otras: _____

¿Qué drogas ilegales / sustancias controladas ha usado en el último año?

_____ Marijuana _____ Cocaína _____ Heroína _____ LSD _____ Hashish
_____ Metanfetamina _____ Extasy _____ Peyote _____ Ketamine _____ GHB
_____ Barbituricos o sedativos

Otras: _____

¿Qué edad tenía cuando usó / experimentó con drogas ilegales por primera vez? _____

¿Con qué frecuencia ha tomado alcohol en el último año? :

_____ Unas cuantas veces al año _____ Unas cuantas veces al mes
_____ Unas cuantas veces a la semana _____ Unas cuantas veces al día

¿Cuándo fue la última vez que usó drogas ilegales (fecha) ? _____

¿Cuándo fue la última vez que tomó alcohol o bebidas alcohólicas (fecha) ? _____

HISTORIAL MEDICO

¿Actualmente está viendo a un doctor por algún problema de salud? _____

Escriba que problemas de salud tiene: _____

Escriba los medicamentos que toma: _____

¿Como se llama su doctor?: _____ Teléfono: _____

¿Tiene seguro médico?: _____ Nombre de proveedor: _____

Escriba que discapacidades tiene o ha tenido: _____

¿Ha sido diagnosticado con un problema de salud mental?: _____

¿Cual fue el diagnostico? _____

¿Ha sido hospitalizado por una condición mental / emocional? _____

Si contestó "Si" a alguna de las preguntas anteriores, explique donde y cuando: _____

Alguna vez ha estado en consejería o tratamiento (personal, de matrimonio, mental, salud, violencia doméstica, alcohol o drogas, etc)? _____

Si contestó sí, ¿qué tipo de tratamiento y nombre de la agencia? _____

TRANSPORTACION

Número de licencia de manejar: _____

Estatus de su licencia: _____ Valida _____ Expirada _____ Suspendida _____ Revocada

Si su licencia fue revocada o suspendida, explique cual fue la razón: _____

Tipo de vehiculo conduce (año, marca, modelo y color): _____

Numero de placas: _____ Estado: _____

Escriba que otro tipo de transportación tiene o puede utilizar (autobús, segundo vehiculo, etc.): _____

Escriba que otros vehículos son utilizados por miembros de su casa: _____

SERVICIO MILITAR

¿Ha servido en el servicio militar? _____ **Si contestó “No”, pase a la siguiente sección**

Rama de servicio: _____ Unidad: _____

Clasificación: _____ # de servicio _____

Día qué entro / fue terminado: _____ Tipo de terminación: _____

¿Alguna vez fue disciplinado por el servicio militar? _____

¿Es un veterano de la guerra? _____ ¿De qué guerra(s)? _____

¿Participó en combate? _____ ¿Donde? _____

Yo reconozco que he respondido a estas preguntas con honestidad y sinceridad, a lo mejor de mi capacidad.

Firma

Fecha

TCU DRUG SCREEN II

Durante los últimos 12 meses (antes de ser encarcelado, si corresponde) –

Sí	No
-----------	-----------

1. ¿Usó grandes cantidades de drogas o las usó durante más tiempo de lo que planeó o pretendió? ☐ ☐

2. ¿Intentó controlar o reducir su consumo de drogas pero no pudo hacerlo? ☐ ☐

3. ¿Pasó mucho tiempo consiguiendo drogas, consumiéndolas o recuperándose de su uso? ☐ ☐

4. ¿Se drogó o se enfermó tanto por consumir drogas que
 - a. le impidió trabajar, ir a la escuela o cuidar de los niños? ☐ ☐
 - b. causó un accidente o puso a otros o se puso en peligro? ☐ ☐

5. ¿Pasó menos tiempo en el trabajo, la escuela o con amigos para poder consumir drogas? ☐ ☐

6. Su consumo de drogas causó
 - a. ¿Problemas emocionales o psicológicos? ☐ ☐
 - b. ¿Problemas con la familia, los amigos, el trabajo o la policía? ☐ ☐
 - c. ¿Problemas médicos o problemas de salud física? ☐ ☐

7. ¿Tuvo que aumentar la cantidad de una droga que estaba usando para tener los mismos efectos que antes? ☐ ☐

8. ¿Alguna vez siguió tomando un medicamento / droga para aliviar o evitar enfermarse o tener síntomas de abstinencia? ☐ ☐

9. ¿Se enfermó o tuvo síntomas de abstinencia cuando dejó de usar una droga? ☐ ☐

10. ¿Qué drogas le causaron los problemas MAS graves? [vea la lista a continuación]

a. El peor	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Inhalantes	<input type="radio"/> Marihuana <input type="radio"/> Cocaína o crack <input type="radio"/> Otros estimulantes	<input type="radio"/> Tranquilizantes o sedantes <input type="radio"/> Alucinógenos <input type="radio"/> Opioides
b. Siguiente	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Inhalantes	<input type="radio"/> Marihuana <input type="radio"/> Cocaína o crack <input type="radio"/> Otros estimulantes	<input type="radio"/> Tranquilizantes o sedantes <input type="radio"/> Alucinógenos <input type="radio"/> Opioides
c. Siguiente	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Inhalantes	<input type="radio"/> Marihuana <input type="radio"/> Cocaína o crack <input type="radio"/> Otros estimulantes	<input type="radio"/> Tranquilizantes o sedantes <input type="radio"/> Alucinógenos <input type="radio"/> Opioides

11. ¿Con que frecuencia usó cada tipo de droga durante los <u>últimos 12 meses</u> ?	Nunca	Solo unas pocas veces	1-3 veces por mes	1-5 veces por semana	Casi diario
a. <u>Alcohol</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <u>Marihuana</u> / Hachís	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <u>Alucinógenos</u> / LSD/ Psicodélicos / PCP / Hongos / Peyote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. <u>Crack</u> / Base libre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. <u>Heroína y Cocaína</u> (mezclados juntos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. <u>Cocaína</u> (por sí sola)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. <u>Heroína</u> (por sí sola)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. <u>Metadona callejera</u> (sin receta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. <u>Otros opiáceos</u> / Opio / Morfina / Demerol ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. <u>Metanfetamina</u> / Anfetamina / Cristal (estimulantes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. <u>Tranquilizantes</u> / Barbitúricos / Sedativos (depresores)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Otros (especifique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Durante los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia se inyectó drogas con una jeringa?

- ☐ *Nunca*
 ☐ *Solo unas pocas veces*
 ☐ *1-3 veces por mes*
 ☐ *1-5 veces por semana*
 ☐ *Diario*

13. ¿Qué tan grave cree que es su problema con las drogas?

- ☐ *No lo es*
 ☐ *Leve*
 ☐ *Moderadamente*
 ☐ *Considerablemente*
 ☐ *Extremadamente*

14. Antes de ahora ¿cuántas veces ha estado en un programa de tratamiento de drogas?

[NO INCLUYA REUNIONES DE AA/NA/CA]

- ☐ *Nunca*
 ☐ *1 vez*
 ☐ *2 veces*
 ☐ *3 veces*
 ☐ *4 veces o mas*

15. ¿Qué importancia tiene para usted recibir tratamiento para las drogas ahora?

- ☐ *No lo es*
 ☐ *Leve*
 ☐ *Moderadamente*
 ☐ *Considerablemente*
 ☐ *Extremadamente*

Drug Enforcement Misdemeanor – Formulario de Admisión Correccional Comunitaria del Condado de Polk

Fecha:	
Nombre del Cliente:	
# SID del Cliente:	

1. ¿Qué tan beneficiosa cree que será la supervisión para usted? (Seleccione una)

- ☐ Creo que la libertad condicional afectará negativamente mi vida
- ☐ Creo que la libertad condicional no será útil
- ☐ No sé
- ☐ Creo que la libertad condicional podría ser beneficiosa para mí
- ☐ Estoy seguro de que la libertad condicional me resultará beneficiosa

2. ¿A qué servicios ha accedido anteriormente? (Seleccione TODOS los que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vivienda
<input type="checkbox"/> Tratamiento de Alcohol / Drogas
<input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental
<input type="checkbox"/> Clases para padres
<input type="checkbox"/> Otros: | <input type="checkbox"/> Servicios para mujeres
<input type="checkbox"/> Servicios de Empleo
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Humanos
<input type="checkbox"/> Ninguno |
|---|---|

3. ¿Qué servicios le benefician actualmente? (Seleccione TODOS los que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vivienda
<input type="checkbox"/> Tratamiento de Alcohol y Drogas
<input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental
<input type="checkbox"/> Clases para padres
<input type="checkbox"/> Otros: | <input type="checkbox"/> Servicios para mujeres
<input type="checkbox"/> Servicios de Empleo
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Humanos
<input type="checkbox"/> Ninguno |
|---|---|

4. ¿Qué tan esperanzado está de que su vida mejore? (Seleccione una)

- ☐ Nada esperanzado
- ☐ Algo esperanzado
- ☐ Moderadamente esperanzado
- ☐ Muy esperanzado
- ☐ Extremadamente esperanzado

5. ¿Cuáles son sus objetivos durante la supervisión? (Seleccione TODOS los que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vivienda
<input type="checkbox"/> Estar sobrio
<input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Empleo
<input type="checkbox"/> Reunificación
<input type="checkbox"/> Otro: |
|--|---|

Drug Enforcement Misdemeanor – Formulario de Admisión Correccional Comunitaria del Condado de Polk

6. ¿Qué tan seguro esta de poder lograr sus metas durante la supervisión?
(Seleccione TODOS los que correspondan)

- ☐ Nada seguro
- ☐ Poco seguro
- ☐ Bien seguro
- ☐ Muy seguro
- ☐ Extremadamente seguro

7. ¿Cree usted que su Oficial de Supervisión (PO) le ayudará a alcanzar sus objetivos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro

8. ¿Cree que le beneficiará que su Oficial de Supervisión (PO) lo haga rendir cuentas? (Seleccione la respuesta que mejor le corresponda)

- ☐ Totalmente en desacuerdo: no creo que me beneficie que mi PO me pida cuentas.
- ☐ En desacuerdo: no creo que me beneficie que mi PO me pida cuentas.
- ☐ Neutral: no estoy seguro si el hecho que mi PO me pida cuentas me beneficiará o no.
- ☐ De acuerdo: creo que si mi PO me exige cuentas me beneficiará.
- ☐ Estoy totalmente de acuerdo: creo firmemente que si mi PO me exige cuentas me beneficiará.

9. ¿Cuál es su situación de vivienda actual? (Seleccione la respuesta que mejor le corresponda)

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casa propia | <input type="checkbox"/> Rentando |
| <input type="checkbox"/> Motel | <input type="checkbox"/> Albergue |
| <input type="checkbox"/> Quedándose con conocidos / amigos | <input type="checkbox"/> Acampando |
| <input type="checkbox"/> Viviendo en la calle | <input type="checkbox"/> Otro: |

10. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en su situación actual? (Seleccione la respuesta que mejor le corresponda)

- ☐ 1 mes o menos
- ☐ 2 a 3 meses
- ☐ 4 a 6 meses
- ☐ 7 a 10 meses
- ☐ 11 meses o más

Comentarios: (Escriba cualquier información adicional)

CONDADO DE POLK
DEPARTAMENTO DE CORRECCIONES Y SUPERVISION COMUNITARIA
LISTA DE VERIFICACION PARA PERSONAS SIN HOGAR

***Llene el formulario si no tiene hogar**

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

NUMERO SID: _____

¿En qué condado está el cliente sin hogar?

¿Qué área? _____

¿Cuánto tiempo tiene el cliente sin hogar en esta área? _____

¿Está recibiendo algún servicio el cliente? (SNAP, TANF, cajas de comida, tratamiento, etc.)

☐ SI ☐ NO

¿Qué servicios? _____

¿Dónde (dirección)? _____

Nombre de su trabajador social _____

¿El cliente ha estado previamente bajo supervisión? ☐ SI ☐ NO

¿Dónde/Cuando? _____

Run LEDS:

¿Cuál es la agencia principal por la que el cliente ha sido arrestado? _____

¿Cuál es la dirección del cliente a través de DMV? _____

¿Cuándo se actualizó por última vez la dirección con el DMV? _____

¿El cliente tiene cargos pendientes? ☐ SI ☐ NO

¿Ubicación (es)? _____