



Ashlyn A. Canez  
Chief Probation Officer

## San Benito County Probation Department

400 Monterey Street  
Hollister, CA 95023  
831-636-4070  
831-636-5682 FAX



John Oliveira  
Assistant Chief

# FORMA DE ENTREVISTA DE ADULTOS

**HISTORIAL PERSONAL:**

ADN RECOGIDO? SI  NO   
EI DIA DE HOY: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  VALIDO  SUSPENDIDO  REVOCADO

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

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

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

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

**ESTADO MATRIMONIAL:**

SOLTERO/A  CASADO/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: \_\_\_\_\_

FALLECIDA/O: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ CAUSA DE MUERTE: \_\_\_\_\_

**EMPLEO:**

PRESENTE EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TITULO: \_\_\_\_\_

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

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

PASADO EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_ SUELDO \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

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

**SALUD:**

USTED HA ESTADO EN EL HOSPITAL: SI  NO

FECHA	LUGAR	RAZON
_____	_____	_____
_____	_____	_____

POR LO PRESENTE, USTED ESTA EN EL CUIDADO 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 PARTICIPA EN UN PROGRAMA DE CONSEJO? SI  NO

NOMBRE DEL CONSEJERO: \_\_\_\_\_ AGENCIA: \_\_\_\_\_

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

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

NOMBRE DEL CONSEJERO: \_\_\_\_\_ AGENCIA: \_\_\_\_\_

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	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 NATURALIZACION: \_\_\_\_\_

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 NATURALIZACION: \_\_\_\_\_

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 LIBERTAD 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: \_\_\_\_\_

HAS VIVIDO FUERA DEL ESTADO: SI  NO  DONDE: \_\_\_\_\_

HAS VIVIDO FUERA DEL CONDADO: SI  NO  DONDE: \_\_\_\_\_