



Orange County Superior Court
Lamoreaux Justice Center

FAMILY COURT SERVICES
341 The City Drive, Room 507
Orange, CA 92863
657-622-6196

EMERGENCY EVALUATION/INVESTIGATION (EI)
INTAKE FORM & QUESTIONNAIRE

CASE NAME: <i>Caso nombre:</i>	
CASE NUMBER: <i>Número de Caso:</i>	

EVALUATOR: <i>Evaluador:</i>			
INTERVIEW APPOINTMENT DATE: <i>Fecha de la cita de la entrevista:</i>		TIME: <i>Tiempo:</i>	

You have been ordered to participate in an Emergency Evaluation/Investigation.

- An Emergency Evaluation/Investigation is a brief assessment intended ONLY to address issues identified by the court as potentially posing an imminent risk to the child(ren). Issues related to best interest are NOT addressed in this assessment.
- Complete this parent intake form and questionnaire and email it to FCSInbox@OCCourts.org **immediately**. Failure to provide this packet will delay the process.
- Your interview appointment will be conducted remotely via video conference. If you do not have the technological resources to appear remotely for your appointment, please contact Family Court Services at (657) 622-6196.
- Appointments are not rescheduled** except in extenuating circumstances. If you are unable to attend your interview, please notify Family Court Services as soon as possible.
- At the discretion of the evaluator, your child(ren) (ages 6 and older) may be scheduled to be interviewed.
- The outcome of your Emergency Evaluation/Investigation will be provided to the Court through sworn oral testimony on the day of the hearing. A written report will not be provided to the Court or to the parties.
- Be sure to thoroughly review “**Tips to Best Prepare for Your Emergency Evaluation**” found on the last page of this parent intake form and questionnaire.

Se le ha ordenado participar en una evaluación/investigación de emergencia.

- Una evaluación/investigación de emergencia es una breve evaluación escrita destinada ÚNICAMENTE a tratar los asuntos que la corte identificó como un riesgo inminente para los niños. Los asuntos relacionados con el interés superior NO se abordan en esta evaluación.
- Complete este formulario de admisión para padres y el cuestionario y envíelo por correo electrónico a FCSInbox@OCcourts.org **de inmediato**. Si no entrega este paquete, se retrasará el proceso.
- Su cita para la entrevista se llevará a cabo de forma remota a través de una videoconferencia. Si no tiene los recursos tecnológicos para presentarse de forma remota a su cita, comuníquese con Family Court Services al (657) 622-6196.
- Las citas no se reprograman**, excepto en circunstancias atenuantes. Si no puede asistir a su entrevista, notifíquelo a Servicios de la corte de familia lo antes posible.
- A discreción del evaluador, se puede programar una entrevista para su(s) hijo(s) (de 6 años de edad o más).
- El resultado de su evaluación/investigación de emergencia se proporcionará a la corte a través de un testimonio oral jurado el día de la audiencia. No se proporcionará un informe escrito a la corte ni a las partes.
- Asegúrese de revisar detenidamente los "**Consejos para prepararse mejor para su evaluación de emergencia**" que se encuentran en la última página de este formulario y cuestionario de admisión para padres.

EMERGENCY EVALUATION INTAKE FORM

Please complete all areas of the intake form below. Collecting this information is an integral part of the evaluative process. Your personal contact information will not be shared with the other party and is only used for Court purposes.

Completar todas las áreas del formulario de admisión a continuación. La recopilación de esta información es una parte integral del proceso de evaluación. Su información de contacto personal no se compartirá con la otra parte y solo se utilizará para fines judiciales.

Case/Caso

First Name Primer nombre		Middle Segundo nombre	Last Apellido	AKA/Maiden/Alias Apellido de soltera
Address Domicilio		City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal
Telephone Número de teléfono		Date of Birth Fecha de nacimiento	State Driver's License/ID # Licencia de conducir estatal / ID #	
Cell Phone Número de teléfono celular	Email Address Correo electrónico			
Name Spouse / Partner Nombre de su Cónyuge/Pareja		Spouse / Partner Phone # Número de teléfono de su Cónyuge/Pareja		Spouse/Partner DOB Fecha de nacimiento de su Cónyuge/Pareja
Attorney Name Nombre del abogado	Attorney Telephone Número de teléfono de su Cónyuge/Pareja		Attorney Email Correo electrónico del abogado	
Child(ren)'s Attorney Name Nombre del abogado del niño		Child(ren)'s Attorney Telephone / Email Número de teléfono y correo electrónico del niño		

INFORMATION ABOUT THE OTHER PARTY (Must be provided if known)

INFORMACIÓN SOBRE LA OTRA PARTE (Debe proporcionarse si se conoce)

First Name Primer nombre		Middle Segundo nombre	Last Apellido	AKA/Maiden/Alias Apellido de soltera
Date of Birth Fecha de nacimiento		State Driver's License/ID # Licencia de conducir estatal / ID #		Telephone Número de teléfono
Street Address Domicilio		City, State, Zip Ciudad, Estado, Código Postal		E-mail Address Correo electrónico

INFORMATION ABOUT YOUR CHILDREN IN THIS CASE: Child(ren) are with You Other's custodial care.

INFORMACIÓN SOBRE SUS HIJOS EN ESTE CASO: Los niños están con Usted Custodia de otros.

Name Nombre	Age Edad	DOB Fecha de nacimiento	Gender Género	Name of School/Childcare Provider Nombre de la Escuela/Persona que cuida su hijo(s)	Grade Grado	Phone Number Número de Teléfono

PLEASE INDICATE WHICH PARENT THE CHILD(REN) IS (ARE) WITH ON THE FOLLOWING DAYS SÍRVASE INDICAR CON QUÉ PROGENITOR ESTÁ(N) EL(LOS) HIJO(S) ESTÁN(ES) EN LOS DÍAS SIGUIENTES

MONDAY LUNES <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Padre	TUESDAY MARTES <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Padre	WEDNESDAY MIÉRCOLES <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Padre	THURSDAY JUEVES <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Padre	FRIDAY VIERNES <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Padre
---	---	--	--	---

WHO IS THE MOVING PARTY?

Indique con qué padre esta(n) el(los) niño(s) en los días siguientes.

Self Other Party
 Yo mismo Otra parte

Case / Caso #

Revised January 2024

QUESTIONNAIRE AND INFORMATION SHEET

CURRENT HOUSEHOLD MEMBERS (Adults and Children)

Miembros actuales del hogar (adultos y niños)

Name <i>Nombre</i>	Age <i>Edad</i>	Gender <i>Género</i>	Relationship to You <i>Relación con usted</i>
Name <i>Nombre</i>	Age <i>Edad</i>	Gender <i>Género</i>	Relationship to You <i>Relación con usted</i>
Name <i>Nombre</i>	Age <i>Edad</i>	Gender <i>Género</i>	Relationship to You <i>Relación con usted</i>
Name <i>Nombre</i>	Age <i>Edad</i>	Gender <i>Género</i>	Relationship to You <i>Relación con usted</i>
Name <i>Nombre</i>	Age <i>Edad</i>	Gender <i>Género</i>	Relationship to You <i>Relación con usted</i>
Name <i>Nombre</i>	Age <i>Edad</i>	Gender <i>Género</i>	Relationship to You <i>Relación con usted</i>

LAW ENFORCEMENT INVOLVEMENT AND DOMESTIC VIOLENCE INVOCACIÓN DE LAS FUERZAS DEL ORDEN Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

Has there ever been law enforcement involvement with you or the other party?

¿Alguna vez ha habido participación de la policía con usted o la otra parte?

Yes / Sí No / No

If "Yes," please list details below for each incident. / Si es afirmativo, enumere los detalles a continuación para cada incidente.

Date of Incident <i>Fecha del incidente.</i>	Police Report # <i>Informe policial #</i>	Police/Sheriff's Department <i>Departamento de Policía/Sheriff</i>	Place/Address of Incident <i>Lugar/Dirección del incidente</i>
Date of Incident <i>Fecha del incidente.</i>	Police Report # <i>Informe policial #</i>	Police/Sheriff's Department <i>Departamento de Policía/Sheriff</i>	Place/Address of Incident <i>Lugar/Dirección del incidente</i>
Date of Incident <i>Fecha del incidente.</i>	Police Report # <i>Informe policial #</i>	Police/Sheriff's Department <i>Departamento de Policía/Sheriff</i>	Place/Address of Incident <i>Lugar/Dirección del incidente</i>
Date of Incident <i>Fecha del incidente.</i>	Police Report # <i>Informe policial #</i>	Police/Sheriff's Department <i>Departamento de Policía/Sheriff</i>	Place/Address of Incident <i>Lugar/Dirección del incidente</i>

Have you ever had a restraining order protecting you from the other party?

¿Alguna vez ha tenido una orden de restricción que la proteja de la otra parte?

Yes / Sí No / No

If "Yes," please list details below for each incident. / Si es afirmativo, enumere los detalles a continuación para cada incidente.

Date Issued/ <i>Fecha de emisión</i>	Date Expires/ <i>Fecha de caducidad</i>	Court (or police department) that issued the order / <i>Tribunal (o departamento de policía) que emitió la orden</i>
Date Issued/ <i>Fecha de emisión</i>	Date Expires/ <i>Fecha de caducidad</i>	Court (or police department) that issued the order / <i>Tribunal (o departamento de policía) que emitió la orden</i>

Has the other party ever had a restraining order protecting the other party from you?

¿Alguna vez la otra parte ha tenido una orden de restricción que proteja a la otra parte de usted?

Yes / Sí No / No

If "Yes," please list details below for each. / Si es afirmativo, enumere los detalles a continuación para cada uno.

Date Issued / <i>Fecha de emisión</i>	Date Expires / <i>Fecha de caducidad</i>	Court (or police department) that issued the order / <i>Tribunal (o departamento de policía) que emitió la orden</i>
Date Issued / <i>Fecha de emisión</i>	Date Expires / <i>Fecha de caducidad</i>	Court (or police department) that issued the order / <i>Tribunal (o departamento de policía) que emitió la orden</i>

DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT

Has there been a history of domestic violence between you and the other party?
 ¿Ha habido antecedentes de violencia doméstica entre usted y la otra parte?

Yes / Sí No / No

PSYCHOLOGICAL ABUSE
ABUSO PSICOLÓGICO

Check the appropriate box if the behavior has happened and state the number of times if more than once.
 Marque la casilla correspondiente si el comportamiento se ha producido e indique el número de veces si es más de una vez.

	I have <i>Tengo</i>	Other party has <i>Otra parte tiene</i>	Children Present <i>Niños presentes</i>	# times during the past 12 mos <i># veces durante los últimos 12 meses</i>	# times prior to the last 12 mos <i># veces antes de los últimos 12 meses</i>
Insulted or swore at..... <i>Insultado/a o insultado/a</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interrupted eating or sleeping..... <i>Comer o dormir interrumpido</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Threatened to leave the relationship..... <i>Amenazado con dejar la relación.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Made threats to withhold money..... <i>Amenazó con retener el dinero</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Did not permit contacts w/family or friends..... <i>No permitía contactos con familiares o amigos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Locked in or out of house..... <i>Encerrada en nuestra fuera de casa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Demanded constant knowledge of whereabouts <i>Exigió conocimiento constante del paradero</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disabled car or withheld car keys..... <i>Coche averiado o llaves del coche retenidas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Threatened family or friends..... <i>Familiares o amigos amenazados</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Threatened to kidnap child(ren)..... <i>Amenazado con secuestrar niño(s)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Threatened to hurt the other party..... <i>Amenazado con lastimar a la otra parte</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT CONTINUED

PHYSICAL VIOLENCE

VIOLENCIA FÍSICA

Check the appropriate box if the behavior has happened and indicate the number of times if more than once.
 Marque la casilla correspondiente si el comportamiento ha ocurrido e indique el número de veces si es más de una vez.

	I have <i>Tengo</i>	Other party has <i>Otra parte tiene</i>	Children Present <i>Niños presentes</i>	# times during the past 12 mos <i># veces durante los últimos 12 meses</i>	# times prior to the last 12 mos <i># veces antes de los últimos 12 meses</i>
Pushed, shoved, or slapped..... <i>Empujado/a, empujado/a o abofeteado/a</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Grabbed, dragged, or kicked..... <i>Agarrado/a, arrastrado/a o pateado/a</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pulled hair, bit..... <i>Pelo tirado, morder</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Choked, strangled..... <i>Asfixiar, estrangular</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Drove recklessly to frighten..... <i>Condujo imprudentemente para asustar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Burned other party..... <i>Quemó a la otra parte</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Threw an object..... <i>Tirar un objeto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Physically forced sex, reproductive coercion..... <i>Sexo físicamente forzado, coerción reproductiva</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Destroyed property..... <i>Propiedad destruida</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Used weapons against..... <i>Armas usadas contra</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Received broken bones or head injury..... <i>Recibió huesos rotos o lesiones en la cabeza</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Abused during pregnancy..... <i>Abusada durante el embarazo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Were the children present during the domestic violence? <i>¿Estaban los niños presentes durante la violencia doméstica?</i>				<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No / <i>No</i>
Were the children ever harmed as a result of the domestic violence? <i>¿Los niños alguna vez sufrieron daños como resultado de la violencia doméstica?</i>				<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No / <i>No</i>
Have you ever received medical care from a doctor or hospital because of injuries due to domestic violence between you and the other party? <i>¿Alguna vez ha recibido atención médica de un médico u hospital debido a lesiones causadas por violencia doméstica entre usted y la otra parte?</i>				<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No / <i>No</i>
Are you living in a domestic violence shelter? <i>¿Está viviendo en un refugio de violencia doméstica?</i>				<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No / <i>No</i>

FIREARMS (Please complete this section IF you reported a history of DV w/the other party).**ARMAS DE FUEGO** (Complete esta sección SI informó un historial de violencia doméstica con la otra parte).Do you own a firearm? / ¿Tienes un arma de fuego? Yes / Sí No / No

If you marked "Yes," list all firearms owned and their locations. / Si marcó "Sí", enumere todas las armas de fuego que posee y sus ubicaciones.

Make, model, and caliber of firearm / Marca, modelo y calibre del arma de fuego	Location of this firearm / Ubicación del arma de fuego
Make, model, and caliber of firearm / Marca, modelo y calibre del arma de fuego	Location of this firearm / Ubicación del arma de fuego

Do you know if the other party owns a firearm? / ¿Sabe si la otra parte posee un arma de fuego? Yes / Sí No / No

If you marked "Yes," list all firearms owned and their locations. / Si marcó "Sí", enumere todas las armas de fuego que posee y sus ubicaciones.

Make, model, and caliber of firearm / Marca, modelo y calibre del arma de fuego	Location of this firearm / Ubicación del arma de fuego
Make, model, and caliber of firearm / Marca, modelo y calibre del arma de fuego	Location of this firearm / Ubicación del arma de fuego

PENDING CRIMINAL MATTERS, CONVICTIONS, PAROLE/PROBATION INFORMATION
INFORMACIÓN DE ASUNTOS PENDIENTES, CONDENAS, LIBERTAD CONDICIONAL/PROBACIÓN

Do you have a pending criminal matter or a history of convictions?

¿Tiene un asunto penal pendiente o un historial de condenas?

 Yes / Sí No / No

If you marked "Yes," please provide the following information: / Si marcó "Sí", proporcione la siguiente información:

Charge(s) / Cargo(s)	Date of Incident/Conviction / Fecha del incidente/condena	City/County Jurisdiction / Jurisdicción de la ciudad/condado	Status/Disposition / Estado/Disposición
Charge(s) / Cargo(s)	Date of Incident/Conviction / Fecha del incidente/condena	City/County Jurisdiction / Jurisdicción de la ciudad/condado	Status/Disposition / Estado/Disposición
Charge(s) / Cargo(s)	Date of Incident/Conviction / Fecha del incidente/condena	City/County Jurisdiction / Jurisdicción de la ciudad/condado	Status/Disposition / Estado/Disposición

Does the other party have a pending criminal matter or a history of convictions?

¿Tiene la otra parte un asunto penal pendiente o un historial de condenas?

 Yes / Sí No / No

If you marked "Yes," please provide the following information: / Si marcó "Sí", proporcione la siguiente información:

Charge(s) / Cargo(s)	Date of Incident/Conviction / Fecha del incidente/condena	City/County Jurisdiction / Jurisdicción de la ciudad/condado	Status/Disposition / Estado/Disposición
Charge(s) / Cargo(s)	Date of Incident/Conviction / Fecha del incidente/condena	City/County Jurisdiction / Jurisdicción de la ciudad/condado	Status/Disposition / Estado/Disposición
Charge(s) / Cargo(s)	Date of Incident/Conviction / Fecha del incidente/condena	City/County Jurisdiction / Jurisdicción de la ciudad/condado	Status/Disposition / Estado/Disposición

Are you on probation or parole? / ¿Está usted en libertad condicional o bajo palabra?

 Yes / Sí No / No

Name of Parole Agent/Probation Officer / Nombre del agente de libertad condicional/oficial de libertad condicional	Phone number / Número de teléfono
--	-----------------------------------

Is the other party on probation or parole? / ¿La otra parte está en libertad condicional o bajo palabra? Yes / Sí No / No

Name of Parole Agent/Probation Officer / Nombre del agente de libertad condicional/oficial de libertad condicional	Phone number / Número de teléfono
--	-----------------------------------

CHILD ABUSE HISTORY AND SOCIAL SERVICES INVOLVEMENT
HISTORIAL DE ABUSO INFANTIL Y PARTICIPACIÓN EN SERVICIOS SOCIALES

Are there any current or past concerns of child abuse?
 ¿Hay alguna preocupación actual o pasada sobre el abuso infantil?

Yes / Sí No / No

If you marked "Yes," please provide additional information below. / Si marcó "Sí", proporcione información adicional a continuación.

Is there any current or past social services involvement?
 ¿Hay alguna participación actual o pasada de los servicios sociales?

Yes / Sí No / No

If you marked "Yes," please provide the following information:
 Si marcó "Sí", proporcione la siguiente información:

Date of Incident / Fecha del incidente	Name of Social Worker / Nombre de la trabajadora social	Social Worker's Telephone Number / Número de teléfono del trabajador social
Date of Incident / Fecha del incidente	Name of Social Worker / Nombre de la trabajadora social	Social Worker's Telephone Number / Número de teléfono del trabajador social
Date of Incident / Fecha del incidente	Name of Social Worker / Nombre de la trabajadora social	Social Worker's Telephone Number / Número de teléfono del trabajador social

MENTAL HEALTH HISTORY
HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Self
los sí mismo

1. Were you ever diagnosed with a mental health condition?
 ¿Alguna vez le diagnosticaron una afección de salud mental?

Yes / Sí No / No

If YES, please state diagnosis and when: / En caso afirmativo, indique el diagnóstico y cuándo:

2. Are you currently taking any prescribed medications to treat your mental health condition?
 ¿Actualmente está tomando algún medicamento recetado para tratar su condición de salud mental?

Yes / Sí No / No

If YES, please list medication and dosage: / En caso afirmativo, indique el medicamento y la dosis:

MENTAL HEALTH HISTORY CONTINUED
HISTORIAL DE SALUD MENTAL CONTINUACIÓN
Self

los sí mismo

3. Are you currently receiving mental health treatment/counseling?

Yes / Sí No / No

¿Recibe actualmente tratamiento/consejería de salud mental?

If YES, please provide the name and phone number of treatment provider and/or therapist:
En caso afirmativo, proporcione el nombre y número de teléfono del proveedor de tratamiento y/o terapeuta.

4. Have you ever been hospitalized for psychiatric care?

Yes / Sí No / No

¿Alguna vez ha sido hospitalizado para recibir atención psiquiátrica?

If YES, please provide date(s) and details: / *En caso afirmativo, indique la(s) fecha(s) y los detalles:*

Other Party

Otra parte

1. Has the other party ever been diagnosed with a mental health condition?

Yes / Sí No / No

¿Alguna vez se le ha diagnosticado a la otra parte una condición de salud mental?

If YES, please state diagnosis and when: / *En caso afirmativo, indique el diagnóstico y cuándo:*

2. Is the other party currently taking any prescribed medications to treat a mental health condition?

Yes / Sí No / No

¿La otra parte está actualmente tomando alguna medicación preestablecida para tratar una condición de salud mental?

If YES, please list medication and dosage: / *En caso afirmativo, indique el medicamento y la dosis:*

3. Is the other party currently receiving mental health treatment/counseling?

Yes / Sí No / No

¿La otra parte está recibiendo actualmente tratamiento/consejería de salud mental?

If YES, please provide the name and phone number of treatment provider and/or therapist:
En caso afirmativo, proporcione el nombre y número de teléfono del proveedor de tratamiento y/o terapeuta.

4. Has the other party ever been hospitalized for psychiatric care?

Yes / Sí No / No

¿La otra parte ha sido hospitalizada alguna vez para recibir atención psiquiátrica?

If YES, please provide date(s) and details: / *En caso afirmativo, indique la(s) fecha(s) y los detalles:*

SUBSTANCE USE**Uso de sustancias****How often do you consume alcohol?** Check one*¿Con qué frecuencia consume alcohol? Marque uno*1-2 times a week
1-2 veces a la semana1-2 times a month
1-2 veces al mes1-2 times a year
1-2 veces al añoNever
NuncaHas anyone ever expressed concern or worry about your drinking?..... Yes / Sí No / No*¿Alguna vez alguien ha expresado su preocupación o inquietud acerca de su forma de beber?*

If YES, please provide the name and relationship of the person: / En caso afirmativo, proporcione el nombre y la relación de la persona:

How often do you use illicit drugs or abuse prescription medication? Check one*¿Con qué frecuencia usa drogas ilícitas o abusa de la mediación de recetas? Marque uno*1-2 times a week
1-2 veces a la semana1-2 times a month
1-2 veces a al mes1-2 times a year
1-2 veces a al añoNever
NuncaHas anyone ever expressed concern or worry about your drug use? Yes / Sí No / No*¿Alguna vez alguien ha expresado preocupación o preocupación por el uso de drogas?*

If YES, please provide the name and relationship of the person: / En caso afirmativo, indique el nombre y la relación de la persona:

Please provide the following details regarding your drug use: / Proporcione los siguientes detalles con respecto a su consumo de drogas:

Name of drug / Nombre de la droga	Amount / Cantidad	Last used / Usada por última vez
Name of drug / Nombre de la droga	Amount / Cantidad	Last used / Usada por última vez

Have you ever been in a substance abuse treatment program?

¿Alguna vez ha estado en un programa de tratamiento de abuso de sustancias? Yes / Sí No / No

If you marked "Yes," please provide the following information: / Si marcó "Sí", proporcione la siguiente información:

Name of Program / Nombre del programa	Inpatient or Outpatient / Paciente hospitalizado o ambulatorio	Dates Attended / Fechas de asistencia	Did you complete the program? ¿Completaste el programa?
Name of Program / Nombre del programa	Inpatient or Outpatient / Paciente hospitalizado o ambulatorio	Dates Attended / Fechas de asistencia	Did you complete the program? ¿Completaste el programa?

Do you have concerns about the other party's substance use?

¿Tiene preocupaciones sobre el uso de sustancias de la otra parte? Yes / Sí No / No

If you marked "Yes," please provide more detail: / Si marcó "Sí", proporcione más detalles:

COLLATERAL INFORMATION:
INFORMACIÓN COLATERAL:
Professional Collateral Contacts
Contactos Colaterales Profesionales

Provide names and contact information for professional contact(s) who can provide pertinent information regarding you, or your child(ren) related to the case.

Proporcione los nombres y la información de contacto de los contactos profesionales que pueden proporcionar información pertinente sobre usted o su(s) hijo(s) en relación con el caso.

Professional's Name / Agency <i>Nombre del Profesional / Agencia</i>	Phone Number / <i>Número de teléfono</i>
<p>What pertinent information can they provide about you or your child(ren)? <i>¿Qué información pertinente pueden proporcionar sobre usted o su(s) hijo(s)?</i></p>	

Professional's Name / Agency <i>Nombre del Profesional / Agencia</i>	Phone Number / <i>Número de teléfono</i>
<p>What pertinent information can they provide about you or your child(ren)? <i>¿Qué información pertinente pueden proporcionar sobre usted o su(s) hijo(s)?</i></p>	

TIPS TO BEST PREPARE FOR YOUR EMERGENCY EVALUATION
CONSEJOS PARA PREPARARSE MEJOR PARA SU EVALUACIÓN DE EMERGENCIA

Documentation:

Documentación:

- At the time of your interview and at the discretion of your assigned evaluator, you **MAY** be requested to provide documentation related to the issues identified by the court such as:*
*En el momento de su entrevista y a discreción de su evaluador asignado, se le **PUEDE** solicitar que proporcione documentación relacionada con los problemas identificados por el tribunal, tales como:*
- Therapists/Counselors progress reports
Informes de progreso del terapeuta/consejero
 - School Academic/Attendance records
Registros escolares académicos/de asistencia
 - Probation Officer/Parole Officer reports
Informes del oficial de libertad condicional/oficial de libertad condicional
 - Substance Abuse Treatment or Program certificates
Programa de Abuso de Sustancias o Certificados de Tratamiento
 - Mental Health Treatment or Services records
Registros de tratamiento o servicios de salud mental
 - Certificates of Completion (Co-parenting classes, Anger Management classes, Domestic Violence interventions, etc.)
Certificados de finalización (clases de crianza compartida, clases de manejo de la ira, intervenciones de violencia doméstica, etc.)
- All documentation accepted by the evaluator must be provided to the other party.
Toda la documentación aceptada por el evaluador debe ser entregada a la otra parte.
- All documentation requested by the evaluator must be provided during or immediately following the interview (unless otherwise arranged).
Toda la documentación solicitada por el evaluador debe proporcionarse durante o inmediatamente después de la entrevista (a menos que se acuerde lo contrario).
- All requested documents received by the evaluator will be destroyed immediately upon the conclusion of the evaluation.
Todos los documentos solicitados recibidos por el evaluador serán destruidos inmediatamente después de la conclusión de la evaluación.
- DO NOT ATTACH ANY documents or links when submitting this parenting intake packet. Unsolicited documentation WILL NOT be accepted or reviewed.**
NO ADJUNTE NINGÚN documento o enlace al enviar este paquete de admisión para padres. La documentación no solicitada NO será aceptada ni revisada.

General Information:
Información general:

- An Emergency Child Custody Evaluation/Investigation is a brief assessment intended ONLY to address issues identified by the court as potentially posing an imminent risk to the child(ren). Issues related to best interest are NOT addressed in this assessment.

Una evaluación/investigación de emergencia sobre la custodia de los hijos es una evaluación breve destinada ÚNICAMENTE a abordar los problemas que el tribunal identificó como posibles riesgos inminentes para los niños. Las cuestiones relacionadas con el interés superior NO se abordan en esta evaluación.

- The filing party will be interviewed first. Interviews may take up to 2 hours to complete.

La parte solicitante será entrevistada primero. Las entrevistas pueden tardar hasta 2 horas en completarse.

- All interviews are confidential; however, it is the policy of Family Court Services to report suspicions or allegations of child abuse/neglect and threats of harm to self or others to the appropriate agencies.

Todas las entrevistas son confidenciales; sin embargo, es política de los Servicios del Tribunal de Familia denunciar sospechas o denuncias de abuso/negligencia infantil y amenazas de daño a sí mismo o otros a las agencias correspondientes.

- Interviews may not be recorded or transcribed.

Las entrevistas no pueden ser grabadas ni transcritas.

- Initiating communication with, or providing unsolicited documentation to, your assigned evaluator following the conclusion of your interview is not allowed.

No se le permite iniciar la comunicación con su evaluador asignado o proporcionar documentación no solicitada después de la conclusión de su entrevista.

- The outcome of your Emergency Evaluation/Investigation will be provided to the Court through sworn oral testimony on the day of the hearing. A written report will not be provided to the Court or to the parties.

El resultado de su evaluación/investigación de emergencia se entregará al tribunal mediante testimonio oral bajo juramento el día de la audiencia. No se proporcionará un informe escrito al Tribunal ni a las partes.