

**FORMULARIO**  
**ROCK COUNTY MEDIATION AND FAMILY COURT SERVICES**  
**51 SOUTH MAIN ST, FLOOR 2, SUITE 241, JANESVILLE, WI 53545-3951**  
**(608)757-5546 FAX (608)757-5640**

La información que usted proporcione en este formulario es confidencial, excepto la que sea de registro público o la proporcionada en documentos judiciales.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ NÚMERO DE CASO JUDICIAL: \_\_\_\_\_

Su nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del otro padre: \_\_\_\_\_  
 Estuvo Casado/a con este padre?  Si  No

Nombre de su abogado/a (sí está representado/a): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna cita futura en la corte?  Si  No En caso afirmativo, fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de su pareja actual: \_\_\_\_\_

Su dirección: \_\_\_\_\_ (Apt. #) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Edad: \_\_\_\_) GÉNERO:  H  M  Otro

Teléfono (C): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (Cellular): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(T): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

Donde trabaja: \_\_\_\_\_ Días que trabaja: L M M J V S D  
 Hora's que trabaja: \_\_\_\_\_

Por favor identifique cualquier necesidad especial que requiera en este momento. (como silla de ruedas, intérprete, etc.)

Identifique una cosa buena del otro padre: \_\_\_\_\_

1. Indique el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el(los) apellido(s) y la(s) fecha(s) de nacimiento de cada niño que comparte con el otro padre

Niño #1 \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  H  M  Otro

Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

Niño #2 \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  H  M  Otro

Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

Niño #3 \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  H  M  Otro

Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

Niño #4 \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  H  M  Otro

Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

2. ¿Están sus hijos viendo actualmente a un consejero?  Si  No  
 Nombre/agencia del consejero (si corresponde) \_\_\_\_\_

3. ¿Quién proporciona el transporte al intercambiar a los niños?

4. Actualmente, ¿cuándo están los niños con cada padre?

|               | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|---------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Con la Madre: |       |        |           |        |         |        |         |
| Con el Padre: |       |        |           |        |         |        |         |

5. ¿Cómo intercambia actualmente información sobre el/los niños/s? \_\_\_\_\_

6. ¿Cómo califica su comunicación con el otro padre sobre temas relacionados con el/los niños/s?  
 (#1 es el más bajo / #10 es el más alto) \_\_\_\_\_

7. ¿Es su caso judicial:

Divorcio inicial (nuevo)     Post-divorcio     Paternidad

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿En qué condado? \_\_\_\_\_ ¿Estado? \_\_\_\_\_

A) ¿Quién presentó la moción actual ante el Tribunal?  Usted     el otro padre     Otra parte

B) ¿Existe una Orden Judicial de Custodia Legal y/o Colocación Física?  No     Si

8. ¿Está utilizando un sitio web de comunicaciones como OurFamilyWizard.com, 2houses.com o TalkingParents.com?

Si es así, ¿cuál estás usando? \_\_\_\_\_. ¿Fue ordenado por el juez?  NO     SÍ

9. Está asistiendo a consejería de crianza compartida?  NO     SÍ ¿Fue ordenado por el juez:  NO     SÍ

10. ¿Qué problemas espera resolver en la mediación?

Períodos de colocación física con los padres (anteriormente llamados "visitas")

Custodia legal (decisiones importantes como escuela, religión, cuidado de niños, etc.)

Visitas de familiares cercanos (abuelos/padrastrós, etc.)

Cambiarse con el niño/s del estado a más de 150 millas o más dentro del estado de Wisconsin

Otro (por favor sea específico): \_\_\_\_\_

11. ¿Hay alguna situación con este padre o hijo, pasada o presente, que involucre alguno de los siguientes:

Servicio de Protección Infantil (CPS) (Fechas: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_) Estado: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Podemos llamar CPS  SÍ

Intercambios Supervisados (Fechas: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)

\*\* No contacto por abuso doméstico (Fechas: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)

\*\* Orden de restricción (Fechas: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)

\*\* Orden de no contacto (Fechas: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)

\*\* Cualquier situación entre usted y el otro padre que involucre amenazas, empujones, golpes, etc. ¿Alguno de estos incidentes fue denunciado?  NO     SÍ

En caso afirmativo, ¿a quién? \_\_\_\_\_ Fechas): \_\_\_\_\_

\*\*\* SI TIENE PREOCUPACIONES SOBRE SU SEGURIDAD FÍSICA MIENTRAS ASISTE A LA ORIENTACIÓN O A LA MEDIACIÓN, POR FAVOR LLAME AL GERENTE DE MEDIACIÓN Y SERVICIOS DEL TRIBUNAL DE FAMILIA AL (608) 757-5549 INMEDIATAMENTE.

12. Indique inquietudes con respecto a cualquiera de los siguientes:

Ud    otro Padre

A)  Abuso de drogas o alcohol         Explique: \_\_\_\_\_

B)  Enfermedad mental         Explique: \_\_\_\_\_

C)  Caso criminal Penal Pendiente         Explique: \_\_\_\_\_

D)  En libertad condicional         Explique: \_\_\_\_\_

Nombre del PO: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E)  Maltrato infantil         Explique: \_\_\_\_\_

Inquietudes de abuso infantil reportadas \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_

Gracias. Nuestro deseo es que su experiencia en mediación sea positiva. Si tiene preguntas sobre el proceso de mediación, sepa que su llamada es bienvenida en cualquier momento.

La información que proporcione en este formulario es confidencial, excepto la que sea de registro público o la proporcionada en documentos judiciales.