

# **KHASAWNEH & ASSOCIATES, LLC**

---

*Attorneys and Counselors at Law*

**RATEB (RON) KHASAWNEH**  
*MANAGING PARTNER*

WWW.KHASAWNEHLAW.COM

**DELILAH NUÑEZ**  
*OF COUNSEL*

## **REPRESENTANTE DESIGNADO POR EL TRIBUNAL** **PARA LOS NIÑOS**

El siguiente formulario le pide revelar información significativa con respecto al, cuidado, bienestar y educación de sus hijos, así como de su propia experiencia médica, psicológica, profesional y social. La información solicitada está protegida por la ley de divulgación forzosa por privilegios de confidencialidad (por ejemplo, el privilegio médico-paciente). Si usted tiene preocupaciones acerca de revelar cualquier información solicitada o firmar las autorizaciones para la divulgación de información sobre sus hijos, por favor consulte este formulario y sus inquietudes particulares sobre su contenido con su abogado.

Por favor, llene todos los espacios en blanco y responda a todas las preguntas tanto como sea posible. No deje espacios en blanco. Si un asunto en particular no aplica en su caso, use "N/A" o un guión en el espacio en blanco así queda claro que simplemente ha no pasado por alto la pregunta. Si necesita espacio adicional, utilice el dorso de las páginas de este documento.

1170 OLD HENDERSON ROAD, SUITE 116 COLUMBUS, OHIO 43220  
PHONE (614) 459-6331 • FAX (614) 459-8119  
DELILAH.NUNEZ@KHASAWNEHLAW.COM

INFORMACIÓN PERSONAL	
NOMBRE	
DIRECCION	
CORREO ELECTRONICO	
FECHA DE NACIMIENTO	
# SEGURIDAD SOCIAL	
DISTRITO ESCOLAR	
TELÉFONO DE TRABAJO	
TELÉFONO DE LA CASA	
NUMERO CELULAR	
LICENCIA DE CONDUCCION No.	
FECHA DE MATRIMONIO	
FECHA DE SEPARACIÓN	
EMPLEADOR	
DIRECCION	
DURACIÓN COMO EMPLEADO	
#DÍAS DE VIAJE DE TRABAJO AL MES	
PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS	
HORAS SEMANALES TRABAJADAS INCLUYENDO HORAS EXTRAS	
TIEMPO DISPONIBLE SEMANALMENTE PARA PASAR CON EL / LA (LOS) NIÑO (AS)(S) DESPUÉS DE LAS HORAS DE TRABAJO	
INGRESO MENSUAL	
CÓNYUGE ACTUAL / OTRO SIGNIFICATIVO	
	FECHA DE NACIMIENTO
	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

NIÑOS EN ESTE CASO	
NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DEL COLEGIO & NÚMERO DE TELÉFONO	
DOCENTE	
ESTE AÑO	
EL AÑO PASADO	

Por favor, indique para cualquier niño en edad escolar, su promedio de calificaciones y adaptación en el colegio.

---



---

Costos del colegio privado o guardería por mes:

---



---

¿Cuánto tiempo cada niño ha asistido a dicha escuela?

---



---

<b>NOMBRE DEL NIÑO</b>	
<b>ACTIVIDAD / DEPORTE</b>	
<b>DURACION DE LA ACTIVIDAD</b>	

<b>NIÑOS ADOPTADOS POR USTED EN OTRA RELACION</b>	
<b>NOMBRE</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>NOMBRE DEL COLEGIO NÚMERO DE TELÉFONO</b>	
<b>DOCENTE</b>	
<b>ESTE AÑO</b>	
<b>EL AÑO PASADO</b>	

## SALUD Y BIENESTAR DE LA FAMILIA

Salud Física y Mental (pasado y presente) de cada miembro familiar o residentes del hogar.

**Nombre de la persona Condición de salud, física o mental (y cualquier receta prescrita)**

---

---

Médico, Terapeuta o Consejero para familiares y miembros del hogar.

**Nombre del médico (Terapeuta / Consejero) Años de tratamiento**

---

---

Marque **SI** o **NO** en frente de las siguientes preguntas:

Alguna persona que reside con el/ los niño(s), o quienes están en contacto con ellos ahora o en el pasado:		SI	NO
1	¿Abusa de drogas no prescritas por un médico o compradas sin receta médica?		
2	¿Abusa del alcohol?		
3	¿Abusa física o sexualmente de niños?		
4	¿Ha abandonado a un niño?		
5	¿Ha sido convicto de un acto criminal?		
6	¿Ha sido acusado de violencia doméstica?		
7	¿Ha sido investigado por alguna agencia del orden público o Servicios Infantiles?		
8	¿No pudo proporcionar apoyo financiero, emocional o físico a un niño?		
9	¿El otro padre alguna vez secuestró o se negó a devolver a algún niño?		

Si hubo respuesta afirmativa en alguna de las preguntas de la 1 a la 9, por favor, descríbala:

---

---

---

---

Si usted o el otro padre tiene más de un niño que vive en su casa, o cualquier otra persona vive en su hogar o en casa de los otros padres, por favor describa la relación entre los que viven en su hogar y el (los) niño(s).

---

---

---

---

---

¿Es el abuso infantil, el abandono de menores o la violencia doméstica un problema de su caso y si es así, por quién?

---

---

---

---

¿Alguna vez ha intervenido el Departamento de Servicios Infantiles? \_\_\_\_\_

Fecha de la intervención: \_\_\_\_\_

¿Quién les contacto? \_\_\_\_\_

Estado de la investigación: \_\_\_\_\_

Por favor, indique los crímenes por los que ha sido arrestado, condenado o declarado culpable:

---

---

---

Tenga en cuenta que los médicos pueden requerirle que elabore las autorizaciones para el consentimiento de divulgar su información antes de permitir que el Guardián tenga acceso a los archivos de los niños. Por favor esté preparado para ejecutar dichas autorizaciones en su cita con el Guardián.

**A. Nombre del Menor** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

SERVICIOS DE SALUD	Fecha de última visita	Frecuencia de las visitas	¿Quién programa la visita/ quien le lleva?
PEDIATRA			
DENTISTA			
CONSEJERO			

**B. Nombre del Menor** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

SERVICIOS DE SALUD	Fecha de última visita	Frecuencia de las visitas	¿Quién programa la visita/ quien le lleva?
PEDIATRA			
DENTISTA			
CONSEJERO			

C. Nombre del Menor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

SERVICIOS DE SALUD	Fecha de última visita	Frecuencia de las visitas	¿Quién programa la visita/ quien le lleva?
PEDIATRA			
DENTISTA			
CONSEJERO			

**DERECHOS DE LOS PADRES**

**Describe el arreglo actual de custodia de acuerdo con la Orden de la Corte.**

Si es paternidad compartida, ¿quién es el padre encargado de las actividades en la escuela?

---

---

Si no hay una Orden de la Corte, ¿cuáles son los acuerdos?

---

---

---

---

¿Están cumpliendo ambas partes?

---

---

---



**¿Qué quiere que le otorgue la Corte a usted?**

Derechos compartidos de crianza de los hijos

(si está marcado, ¿qué significa?)

---

---

---

Obtener la Custodia Física

Que le sean otorgados los Derechos de Visita

Derechos de crianza de los hijos de acuerdo con el Plan Local de crianza de la Corte

Otro (por favor, especifique)

---

---

---

**¿Qué quiere que le otorgue la Corte al otro padre?**

Derechos compartidos de crianza de los hijos

Obtener la Custodia Física

Que le sean otorgados los Derechos de Visita

Derechos de crianza de los hijos de acuerdo con el Plan local de crianza de la Corte

Limitaciones que usted desea imponer acerca de los derechos de los padres

Si los hubiere, y ¿por qué?

---

---

---

---

¿Alguno de los hijos está pasando la noche en casa de alguno de sus padres?

¿Usted y el otro padre se comunican bien generalmente? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, ¿por qué?

---

---

---

---

¿Tiene actualmente algún problema con el ejercicio de los derechos de los padres?

\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI Si es así, especifique los problemas:

---

---

---

---

¿El arreglo actual de crianza de los hijos se centra en mejorar su bienestar, y por qué?

---

---

---

Describa el arreglo de crianza de los hijos que podría ser mejor para el interés de la/ el / los hijos y por qué:

---

---

---

---

¿Usted y el otro padre han intentado resolver sus diferencias a través de dialogo, consejería o mediación? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Si no ha sido así, ¿por qué no?

---

Distancia de conducción entre residencias \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo planea usted permanecer en este condado?

---

---

¿A quién y cuánto se le ordena pagar la manutención de los hijos?

---

---

¿Por cuánto tiempo se ha ordenado la manutención de niños?

---

¿Los pagos están actualizados? (si es la respuesta es NO, ¿Por qué?)

---

---

Describa el arreglo de manutención de niños que estaría en el mejor interés del (a) menor y por qué:

---

---

---

---

## PERSONAS A LA QUE LE GUSTARÍA QUE YO HABLARA SOBRE SU CASO

*EN LA GUARDERIA [a la que cada niño ha asistido en los últimos tres años]*

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_

¿Qué debo hablar, específicamente, con esta persona?

---

---

### MIEMBROS DE LA FAMILIA

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_

RELACION CON EL MENOR: \_\_\_\_\_

¿Qué debo hablar, específicamente, con esta persona?

---

---

2. NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_

RELACION CON EL MENOR: \_\_\_\_\_

¿Qué debo hablar, específicamente, con esta persona?

---

---

## **SUS AMIGOS**

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_

DURACION DE RELACION CON LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

¿Qué debo hablar, específicamente, con esta persona?

---

---

---

2. NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_

DURACION DE RELACION CON LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

¿Qué debo hablar, específicamente, con esta persona?

---

---

---

## **COLEGIO**

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_

DURACION DE RELACION CON LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

¿Qué debo hablar, específicamente, con esta persona?

---

**A. OTRO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_

DURACION DE RELACION CON LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

¿Qué debo hablar, específicamente, con esta persona?

---

---

---

---

---

---

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DEL SERVICIO DENTAL**

PARA:

GUARDIAN DE LOS SERVICIOS DENTALES

---

Nombre del Dentista

---

Dirección

---

Ciudad, Estado, Código Postal

Esta es la autorización para que usted permita que el bufete de abogados Khasawneh & Asociados, LLC, 1170 Old Henderson Rd, Suite 116, Columbus, OH 43220, copie, inspeccione, examine, envíe todos y cada uno de los registros, gráficos, informes de rayos X, y las facturas en su posesión pertenecientes a todos los exámenes, evaluaciones y tratamientos prestados y discutir el tratamiento de:

**NOMBRE DEL MENOR:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**# DE SEGURIDAD SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LOS PADRES:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**UNA COPIA FIRMADA SERÁ COMO UN ORIGINAL**

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DEL SERVICIO MEDICO**

PARA:

GUARDIAN DE LOS SERVICIOS MEDICOS

\_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

Esta es la autorización para que usted permita que el bufete de abogados Khasawneh & Asociados, LLC, 1170 Old Henderson Rd, Suite 116, Columbus, OH 43220, copie, inspeccione, examine, envíe todos y cada uno de los registros, gráficos, informes de rayos X, y las facturas en su posesión pertenecientes a todos los exámenes, evaluaciones y tratamientos prestados y discutir el tratamiento de:

**NOMBRE DEL MENOR:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**# DE SEGURIDAD SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LOS PADRES:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**UNA COPIA FIRMADA SERÁ COMO UN ORIGINAL**



**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION**

PARA:

GUARDIAN DE LOS REGISTROS & PERSONAL DEL COLEGIO

---

Nombre del Colegio

---

Dirección

---

Ciudad, Estado, Código Postal

Esta es la autorización para que usted permita que el bufete de abogados Khasawneh & Asociados, LLC, 1170 Old Henderson Rd, Suite 116, Columbus, OH 43220, copie, inspeccione, examine, envíe todos y cada uno de los registros, gráficos, informes de rayos X, y las facturas en su posesión pertenecientes a todos los exámenes, evaluaciones y tratamientos prestados y discutir el tratamiento de:

**NOMBRE DEL MENOR:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**# DE SEGURIDAD SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LOS PADRES:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**UNA COPIA FIRMADA SERÁ COMO UN ORIGINAL**