

INFORMACIÓN PERSONAL DE LOS DATOS DE LA INVESTIGACIÓN DE PRESENTENCE

Fecha: _____ Nombre: _____ Alias/AKA: _____
Fecha de nacimiento: _____ Ciudadanía: _____ Número extranjero: _____
Nombre del abogado: _____ Estado extranjero: _____

OFENSA ACTUAL:

¿Usted tiene una arma?: Sí No Tipo de arma: _____

¿Es usted culpable de la ofensa que usted acaba de al tribunal en?: Sí No

¿Usted tiene cargas pendientes?: Sí No ¿Ir para qué?: _____

Ciudad/County/Estado: _____

HISTORIA CRIMINAL:

¿Era usted arrestado como un **juvenil**?: Sí No

Si sí: Número de convicciones: _____ Número de detenciones: _____ Número de los probaciones: _____

¿Usted tiene **adulto** historia criminal?: Sí No

¿Cuántos años tenía en el primer convicción?: _____

¿Usted tiene una historia de la afiliación de la pandilla? Sí No Tipo: _____

HISTORIAL MÉDICO:

¿Ha recibido tratamiento en un hospital psiquiátrico?: Sí No ¿Dónde?: _____

¿En una facilidad de MHMR?: Sí No ¿Dónde?: _____

Liste deterioros físicos o médicos: _____

¿Usted está tomando medicaciones, incluyendo psychotropic?: Sí No

Si sí, liste: _____

¿Ha usted tratado de suicidarse?: Sí No Si sí, fecha de la tentativa pasada: _____

HABILIDADES DE EDUCATION/JOB:

Diploma: Sí No Bachillerato: Sí No

Liste alguna clase especial que estaba en mientras de escuela: _____

¿Usted ha atendido a alguna universidad?: Sí No ¿Graduado de la Universidad?: Sí No

Formación profesional/habilidades: Sí No Tipo: _____

Aptitudes para el Trabajo _____ Lengua Principal: _____ Puede leer usted?: Sí No

EMPLEO:

La empleador corriente/mas reciente: _____

La fecha empleó: _____ Tipo del trabajo: _____

Razón de irse: _____

Si usted estaba sin trabajo, ¿cuánto tiempo? (meses/años): _____

Fuentes /cantidad de la renta: _____

¿Usted está pagando el apayo de niño? Sí No

HISTORIA DE ALCOHOL/DRUG:

Indique el tipo y la frecuencia del uso de las drogas **como se aplica a su vida entera** poniendo un "X" en el espacio apropiado.

| | Diario | Semanal | Mensual | De vez en cuando | Edad 1 st Utilizado | Fecha usada por ultimo | Uso negado | | |
|---|--------|---------|---------|------------------|--------------------------------|------------------------|-------------|-----|---------|
| 1. Alcohol/cerveza | | | | | | | | | |
| ¿Cuántas bebidas - los tiros o las cervezas - usted tiene en una que se sienta? | | | | | | | 1-4 bebidas | 5-8 | 9 o más |
| 2. Cocaína | | | | | | | | | |
| 3. Grieta | | | | | | | | | |
| 4. Heroína | | | | | | | | | |
| 5. Marijuana | | | | | | | | | |
| 6. Amphet/ Methamphetamine | | | | | | | | | |
| 7. Lsd | | | | | | | | | |
| 8. PCP | | | | | | | | | |
| 9. Inhalants | | | | | | | | | |
| 10. Otras drogas: | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | |

Indique el tipo y el número de incidentes del aconsejar o del tratamiento de la droga recibido:

| | |
|---|--|
| _____ Educación de DWI | _____ AA/NA, etc. |
| _____ Aconsejar individual | _____ Clases de la educación de la droga |
| _____ Aconsejar del grupo del paciente no internado | _____ Tratamiento residencial |

¿Estaba usted bajo influencia de las drogas/alcohol a la hora de la ofensa? Sí No

¿Era la ofensa Cometió para comprar las drogas/alcohol? Sí No

Uso ultimo de las drogas: _____ Droga de la opción: _____

¿Historia del uso de la droga del intravenoso? Sí No

DECLARACIÓN JURADA

Juro que las respuestas antedichas son verdades.

Demandado