

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 probationes: _____

¿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