

SERVICIOS DE CONCILIACION

Hoja de Información

_____ Su Nombre _____ Fecha de Hoy _____ CS # _____

Domicilio donde recibe su correo y número de teléfono _____

_____ Teléfono de su casa: _____

_____ Teléfono de su trabajo: _____

Número del Apartamento/espacio: _____ Teléfono para mensajes: _____

Su Edad: _____ Educación (Grado mas alto que completo): _____ Religión: _____

Lugar de Nacimiento (Ciudad y Estado): _____

Lugar de Matrimonio (Ciudad y Estado): _____

Cuánto tiempo han estado casados? _____ Número de niños de este matrimonio: _____

Cuáles son las edades de los niños? _____ Con quien viven? _____

Por cuánto tiempo conoció a su esposo(a) antes de su matrimonio? _____

Esta viviendo con su esposo(a)? _____ Si no, cuándo se separaron y porque? _____

Hay una Order de Protección concerniente a este matrimonio? _____ Si _____ No

Por cuánto tiempo han tenido problemas serios en el matrimonio? _____

Ha recibido consejos profesionales para sus problemas matrimoniales? _____

Si sí, cuántas entrevistas ha tenido? _____ Con quien? _____

Usted quiere el divorcio? _____ Piensa que su esposo(a) quiere el divorcio? _____

Ha estado casado(a) anteriormente? _____ Si sí, cuántas veces? _____

Número de niños de los matrimonios anteriores: _____ Cuáles son las edades? _____

Con quien viven? _____

Cuál fue la razón para la terminación del (los) matrimonio(s) anterior(es)? _____

Cómo se enteró de los Servicios de Conciliación? _____

Qué trabajo desempeña? _____Cuál es el salario mensual que lleva a su casa? _____

Cuál es su lugar de empleo? _____

Qué trabajo desempeña su esposo(a)? _____Cuál es el salario mensual que lleva a su casa? _____

Cuál es el lugar de empleo de su esposo(a)? _____

Cuánto tiempo ha usted vivido en Arizona? _____

_____ Nombre de su abogado

_____ Dirección de su abogado

_____ Teléfono de su abogado

CONFIDENCIAL

El contenido de esta forma no será compartido con otros sin su permiso por escrito.

Favor de marcar los siguientes problemas que usted piensa se aplican a su matrimonio.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas financieros | <input type="checkbox"/> No están de acuerdo como criar a los niños | <input type="checkbox"/> Muy poco tiempo juntos |
| <input type="checkbox"/> Infidelidad | <input type="checkbox"/> Uso de licor | <input type="checkbox"/> Uso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Regaños | <input type="checkbox"/> Pérdida del afecto | <input type="checkbox"/> Abuso físico |
| <input type="checkbox"/> Falta de comunicación | <input type="checkbox"/> Los suegros se entrometen | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Dominante | <input type="checkbox"/> Depende en extremo de los padres | <input type="checkbox"/> Celos irrazonables |
| <input type="checkbox"/> Conflictos de Religión | <input type="checkbox"/> Salud física | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Malgenio | <input type="checkbox"/> Inmaduro(a)
(Egoísta, irresponsable) | |

Opcional:

Cuáles son sus mayores quejas en este matrimonio?

Cuáles son las mayores quejas de su esposo(a) en este matrimonio?
