

PERSONAL DATA FORM and SOCIAL STUDY INFORMATION SHEET

ATENCIÓN: A menos que el tribunal indique lo contrario, su estudio social no será asignado a un trabajador social hasta que la cuota por dicho estudio haya sido pagada. Normalmente los tribunales ordena que cada una de las partes paguen la cuota por separado, pero si usted desea asegurarse de que el estudio sea asignado con prontitud, usted puede pagar la cuota completa.

Por favor tenga presente que el estudio social no se va a iniciar para ninguna de las dos partes hasta que sea pagada la totalidad de la cuota y las partes hayan asistido a la orientación. El pago de la cuota puede hacerse con cheque si usted tiene una licencia de manejar del estado de Texas y una cuenta bancaria; también usted puede hacer el pago en el segundo piso de este edificio (*Family Law Center*) en la oficina de manutención infantil (*child support*), por favor escriba el cheque pagadero a *Family Court Services*.

Cuando ya se haya pagado la cuota completa, solo entonces se asignara el caso a un trabajador social. El o la trabajadora social se comunicará con usted para hacer una cita para tener una entrevista, la cual tomara lugar en la oficina de los servicios para familias de los tribunales (*Family Court Services*) durante días y horas hábiles.

Al momento de la entrevista, usted tendrá que **traer consigo esta forma con su información personal y una credencial valida con fotografía. No envié la forma por correo, tráigala con usted a la oficina el día de su entrevista. Sin esta forma no está completamente llena no se llevará a cabo la entrevista.**

Por favor llene **todas** las secciones correctamente, incluyendo su nombre completo, direcciones, códigos postales y cuando se les pida también números de fax. A usted se le requerirá que firme las formas dando permiso para que el trabajador social pueda obtener información en cuanto a usted y sus hijos. La entrevista se llevará aproximadamente dos horas.

Una visita a su hogar se llevará a cabo, únicamente después de que la entrevista haya tomado lugar.

La investigación y la redacción del estudio social normalmente toman 90 días. Se le entregará al tribunal así como a los abogados de las partes una copia del estudio social. **A usted no se le dará una copia.** Y sin la autorización del tribunal su abogado no podrá darle a usted una copia.

**Servicios del Tribunal del Condado de Tarrant
Advertencias de Ley**

Su nombre completo: _____

Causal No. _____

Nombre(s) del(os) menor(es): _____

Yo, quien al calce firma, sé que el estudio social fue ordenado por el tribunal y llevado a cabo por los Servicios para Familias de los Tribunales.

Además sé que la información compartida con el trabajador social para el propósito de ayudar al tribunal a tomar una decisión en el mejor interés del(os) menor(es).

Se me ha informado y entiendo que cualquier comunicación o declaración que yo haga, no será privilegiada o confidencial dentro de este litigio y específicamente entiendo y sé que:

- Al trabajador social se le podría requerir que testifique en el tribunal en cuanto a mi caso con respecto a la información que fue obtenida durante las entrevistas, contactos colaterales y documentación.
- Al trabajador social se le podría requerir que presente al tribunal y a los abogados un reporte, ya sea por escrito o verbal. A mí no me será dado el reporte escrito, aunque podría revisarlo con mi abogado. Mi abogado tiene prohibido darme una copia del reporte.
- Como parte de la investigación del estudio social, el trabajador social puede entrevistarse con el personal médico de salud mental, los doctores, los maestros, el personal de cuidado infantil, agencias gubernamentales y otros profesionistas, así como con personas individuales o con representantes de agencias que tienen información relacionadas a mí, mis hijos y otras partes en este litigio.
- **Toda la información que se obtiene en la investigación y el estudio social puede llegar a ser información de dominio público.**

Firmado el _____ de _____ del 20____.

Firma

Nombre completo (en letra de molde)

FECHA: _____

Por favor conteste completamente cada una de las preguntas. Si necesita espacio extra use la parte de atrás de la hoja.

NOMBRE: _____ (_____)
(APELLIDO) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (APELLIDO DE SOLTERO(A) U OTRO NOMBRE QUE HAYA USADO)

DIRECCION: _____
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **TELÉFONO CELULAR:** _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

¿CÚAL ES LA MEJOR MANERA EN QUE PODEMOS PONERNOS EN CONTACTO CON USTED? _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **LUGAR DE NACIMIENTO:** _____

SEXO: _____ **RAZA/ETNICIDAD** _____

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL. _____ **NÚMERO DE SU LICENCIA DE MANEJAR:** _____
(ESPECIFIQUE EL ESTADO)

PARENTESCO O RELACIÓN A LOS MENORES EN EL CASO: _____

HISTORIAL FAMILIAR:

NOMBRE DE SU PAPÁ: _____ **EDAD:** _____ **NUM. DE TELÉFONO:** _____

DIRECCIÓN: _____ **EMPLEO:** _____

SI HA FALLECIDO, ESCRIBA LA EDAD Y EL AÑO EN QUE FALLECIÓ: _____

NOMBRE DE SU MAMA: _____ **EDAD:** _____ **NÚM. DE TELEFONO:** _____

DIRECCIÓN: _____ **EMPLEO:** _____

SI HA FALLECIDO, ESCRIBA LA EDAD Y EL AÑO EN QUE FALLECIÓ: _____

NO. DE HERMANOS: _____ **NO. DE HERMANAS:** _____ **NO. DE HERMANASTROS:** _____

HAGA UNA LISTA CON LOS **NOMBRES Y NÚMEROS DE TELÉFONOS** DE SUS HERMANOS, HERMANAS Y HERMANASTROS

HISTORIAL PERSONAL

SU EDUCACIÓN:

MÁXIMO NIVEL ESCOLAR TERMINADO: _____ **DÓNDE:** _____ **AÑO:** _____

UNIVERSIDAD O ENTRENAMIENTO VOCACIONAL FECHAS Y LUGARES:

SERVICIO MILITAR (RAMA): _____

FECHA DE ENLISTAMIENTO _____ **FECHA Y TIPO DE CAUSA DE BAJA:** _____

ACUSACIONES PENALES, ANTECEDENTES PENALES, INFRACCIONES (NO DE TRANSITO) -- POR FAVOR LISTE

TODO: ARRESTOS/INFRACCIONES (NO DE TRANSITO) FECHA LUGAR RESOLUCIÓN

DÓNDE VIVE: CASA: ¿ES DUEÑO O RENTA ? _____

DEPARTMENTO: NOMBRE DE LOS DEPARTAMENTOS Y DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL ARRENDADOR: _____

¿TIENE VEHÍCULO? _____ **SI LO TIENE, POR FAVOR INDIQUE LA MARCA, EL MODELO, EL AÑO Y EL**

COLOR DE SU VEHÍCULO PRINCIPAL: _____

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON USTED: ADULTOS: _____ **MENORES:** _____

ESCRIBA EL NOMBRE Y LA RELACIÓN O PARENTESCO QUE USTED TIENE CON CADA UNA DE LAS PERSONAS

CON LAS QUE VIVE: _____

ESCRIBA LAS DIRECCIONES EN QUE HA VIVIDO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS:

DIRECCIÓN FECHAS EN QUE VIVIÓ AHÍ QUIÉN VIVIÓ AHÍ CON USTED RAZÓN POR LA QUE SE CAMBIÓ

¿TIENE USTED UNA RELACIÓN ACTUAL CON LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA INMEDIATA? _____

SI NO LA TIENE EXPLIQUE POR QUÉ NO: _____

¿DE NIÑO ASISTÍA USTED A LA IGLESIA, SI ASISTÍA ESCRIBA DÓNDE Y QUÉ TAN FRECUENTEMENTE IBA?

¿ACTUALMENTE VA USTED A LA IGLESIA? SI VA ESCRIBA A DÓNDE Y QUÉ TAN FRECUENTEMENTE?

¿USTED INGIERE ALCOHOL?, SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE Y EN QUÉ CANTIDAD? _____

¿A USTED ALGUNA VEZ USADO NARCÓTICOS ILEGALES O TOMADO MEDICINAS DE PATENTE QUE NO LE FUERON RECETADAS O NO COMO SE LAS RECETARON?

SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR INDIQUE CÚANDO, QUÉ DROGAS, Y CON QUÉ FRECUENCIA LAS TOMÓ:

ANTECEDENTES LABORALES

Escriba una lista de sus empleos en los últimos cinco años empezando con su empleo actual. Si necesita más espacio use el reverso de esta hoja.

1. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA PARA LA QUE TRABAJA ACTUALMENTE:

DIRECCIÓN: _____

SU TÍTULO O POSICIÓN: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____

SUPERVISOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____ NÚMERO DE FAX: _____

HORARIO DE TRABAJO: HORAS _____ DÍAS _____ TIEMPO EXTRA _____

SU SALARIO O PAGO POR HORA: _____

2. **NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:** _____

DIRECCIÓN: _____

SU TÍTULO O POSICIÓN: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ FECHA DE SEPARACIÓN: _____

SUPERVISOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____ NÚMERO DE FAX: _____

MOTIVO DE SEPARACIÓN: _____

SU SALARIO O PAGO POR HORA: _____

3. **NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:** _____

DIRECCIÓN: _____

SU TÍTULO O POSICIÓN: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ FECHA DE SEPARACIÓN: _____

SUPERVISOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____ NÚMERO DE FAX: _____

MOTIVO DE SEPARACIÓN: _____

SU SALARIO O PAGO POR HORA: _____

4. **NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:** _____

DIRECCIÓN: _____

SU TÍTULO O POSICIÓN: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ FECHA DE SEPARACIÓN: _____

SUPERVISOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____ NÚMERO DE FAX: _____

MOTIVO DE SEPARACIÓN: _____

SU SALARIO O PAGO POR HORA: _____

DECLARACIÓN FINANCIERA

INGRESOS NETOS MENSUALES (LISTE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS)

FUENTE DE INGRESO	CANTIDAD
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si usted paga manutención alimenticia, ¿se la retienen de su cheque? **SÍ** **NO**

GASTOS MENSUALES

Habitación:	1.	Pago de renta o de hipoteca	\$ _____
	2.	Seguro (dueño o inquilino)	\$ _____
	3.	Mantenimiento, reparación y servicio	\$ _____
	4.	Servicios de gas, agua, electricidad	\$ _____
	5.	Teléfono	\$ _____
Auto:	1.	Pago de automóvil	\$ _____
	2.	Seguro	\$ _____
	3.	Gasolina y Aceite	\$ _____
	4.	Mantenimiento y Reparación	\$ _____
Seguros:	1.	De vida	\$ _____
	2.	Médico y de hospitalización	\$ _____
	3.	Otro	\$ _____
Comida:	1.	Abarrotes (mandado)	\$ _____
	2.	Lonches para la escuela y el trabajo	\$ _____
Medico:	1.	Doctores	\$ _____
	2.	Dentistas	\$ _____
	3.	Medicinas (con receta y en el mostrador)	\$ _____
Educación:	1.	Artículos escolares, cuotas y otros costos	\$ _____
Personal:	1.	Corte de cabello (peluquero, salón de belleza)	\$ _____
	2.	Ropa	\$ _____
	3.	Tintorería y lavandería	\$ _____
	4.	Uniformes laborales	\$ _____
Cuidado Infantil:	1.	Guardería y niñera	\$ _____
Diversión:	1.	_____	\$ _____
	2.	_____	\$ _____

	3. _____	\$ _____
Cuotas:	1. Sindicato, profesionales, etc.	\$ _____
Otros Pagos:	1. _____	\$ _____
	2. _____	\$ _____
	3. _____	\$ _____
	4. _____	\$ _____
TOTAL DE GASTOS:		\$ _____

SEGURO MÉDICO:

ESCRIBA EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO _____

¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ LA PÓLIZA? _____

ESCRIBA EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO DE LOS MENORES _____

¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ LA PÓLIZA? _____

MEDICAL HISTORY

¿Cómo está su salud?

Haga una lista de los nombres de sus doctores, sus direcciones, sus números de teléfono, y de que lo trataron:

Haga una lista de los nombres de los doctores de su(s) hijo(s), con sus direcciones, sus números de teléfono, y de que fueron tratados:

Haga una lista de todas las medicinas que le(s) ha(n) recetado y para qué son:

Haga una lista de toda medicina que le(s) haya(n) recetado a su(s) hijo(s) y para qué son:

Haga una lista de toda hospitalización o enfermedad mayor que usted haya tenido y escriba los nombres de los hospitales, direcciones, fechas de hospitalización y problemas específicos. Incluyendo visitas a la sala de emergencias.

Haga una lista de toda hospitalización o enfermedades mayores que su(s) hijo(s) haya(n) tenido y escriba los nombres de los hospitales, direcciones, fechas de hospitalización y problemas específicos, incluyendo visitas a la sala de emergencias.

*****si usted tiene un hijo con discapacidad mental o física, por favor use el reverso de esta página o una hoja por separado de papel para describir la discapacidad y cómo es que se le está tratando o cuidando.*

Por favor anexe toda hoja de papel extra a este documento.

INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

¿A usted o alguno de sus hijos o alguna otra persona involucrado en este caso recibido tratamiento psiquiátrico, psicológico, o de terapia (como pareja o individual) o tratamiento o terapia por causa de adicción a drogas o alcohol?

Sí ___ No ___. Si la respuesta es sí, por favor haga una lista de quien recibió terapia o tratamiento, cuando y de parte de quién, e incluya la dirección, el número de teléfono Y el número de fax del terapeuta.

Escriba una lista de toda hospitalización que haya tenido usted, sus hijos o miembros de su hogar por causa de tratamiento psiquiátrico, adicción a drogas o alcohol. Por favor incluya el nombre de la persona quien fue tratada, las fechas de tratamiento, el nombre y la dirección del hospital, y el nombre del doctor que le(s) trato, su dirección, su número de teléfono, Y su número de fax: un

SERVICIOS DE PROTECCIÓN A MENORES (CPS)

Si usted, algún miembro de su familia o de su hogar, o cualquier otra persona en este pleito ha estado involucrada en una investigación por abuso (sexual o físico), descuido o falta de supervisión, escriba el nombre, dirección y número de teléfono de cada uno de los trabajadores sociales de los servicios de protección a menores o de otro investigador, así como el nombre de la persona y menor o menores que fue o fueron investigados y la fecha de la investigación.

ANTECEDENTES CONYUGALES O DE CO-HABITACIÓN

Haga una lista de todos los matrimonios o relaciones sentimentales con las que ha vivido. Escriba el o los nombre(s) del(os) hijo(s) de esa(s) relación(es). Por favor empiece con su primer matrimonio o con la primera relación con que vivió.

1. NOMBRE DE SU PRIMER CÓNYUGUE O PAREJA CON LA QUE VIVIÓ: _____

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO O LUGAR DONDE VIVIERON: _____

FECHA Y LUGAR DEL DIVORCIO, SEPARACIÓN, O ABANDONO DE LA RELACIÓN: _____

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	VISITAS O ARREGLOS DE CUSTODIA
------------------	---------------------	--------------------------------

2. NOMBRE DE SEGUNDO CÓNYUGUE O PAREJA CON LA QUE VIVIÓ:

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO : _____

FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO O LUGAR DONDE VIVIERON:

FECHA Y LUGAR DEL DIVORCIO, SEPARACIÓN, O ABANDONO DE LA RELACIÓN : _____

NOMBRE DEL MENOR FECHA DE NACIMIENTO VISITAS O ARREGLOS DE CUSTODIA

NOMBRE DE SU TERCER CÓNYUGUE O PAREJA CON LA QUE VIVIÓ:

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO O LUGAR DONDE VIVIERON:

FECHA Y LUGAR DEL DIVORCIO, SEPARACIÓN, O ABANDONO DE LA RELACIÓN: _____

NOMBRE DEL MENOR FECHA DE NACIMIENTO VISITAS O ARREGLOS DE CUSTODIA

Información de algún(os) otro(s) hijo(s) que no nació(eron) de alguna de las relaciones listadas en la página 9:

NOMBRE DEL MENOR FECHA DE NACIMIENTO VISITAS O ARREGLOS DE CUSTODIA

Por favor escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del otro padre de cualquier menor que haya listado en las líneas inmediatas superiores.

NOMBRE

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

Si usted tiene una relación actual, por favor escriba el nombre de la persona, el número de teléfono y la dirección de la misma.

INFORMACIÓN EN CUANTO A TODOS LOS MENORES EN SU HOGAR
(va sea que vivan con usted o que lo visiten, incluyendo hijastros, o menores sin relación alguna)

NOMBRE	NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA ESCUELA	AÑO QUE CURSA
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

CUIDADO INFANTIL

Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono, de todas las personas o agencias que provean o hayan proveído cuidado infantil en los últimos cinco años (incluyendo parientes), empezando con el proveedor actual.

1. NOMBRE: _____ FECHA EN QUE EMPEZÓ: _____
DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO: _____

2. NOMBRE _____ FECHA EN QUE EMPEZÓ: _____ FECHA EN QUE TERMINÓ: _____
DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO: _____

3. NOMBRE _____ FECHA EN QUE EMPEZÓ: _____ FECHA EN QUE TERMINÓ: _____
DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO: _____

4. NOMBRE _____ FECHA EN QUE EMPEZÓ: _____ FECHA EN QUE TERMINÓ: _____
DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO: _____

REFERENCIAS

Por favor escriba el nombre de tres personas quienes personalmente lo han observado a usted y a su hijo juntos y quienes tienen conocimiento de su carácter moral. Por lo menos una de estas referencias debe de ser una persona ajena a la familia. Usted puede pedirle a la persona a quien está pidiendo la referencia que nos envíe una declaración por escrito a favor de usted. Todas las declaraciones por escrito de parte de los avales serán revisadas. El trabajador social podría o no ponerse en contacto con los avales, ya que eso se deja a la discreción del trabajador social.

1.	_____	_____	_____
	NOMBRE Y RELACIÓN	DIRECCIÓN RESIDENCIAL	TELÉFONO DEL TRABAJO #
		_____	_____
		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO RESIDENCIAL #
2.	_____	_____	_____
	NOMBRE Y RELACIÓN	DIRECCIÓN RESIDENCIAL	TELÉFONO DEL TRABAJO #
		_____	_____
		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO RESIDENCIAL #
3.	_____	_____	_____
	NOMBRE Y RELACIÓN	DIRECCIÓN RESIDENCIAL	TELÉFONO DEL TRABAJO #
		_____	_____
		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO RESIDENCIAL #

TESTIGOS COLATERALES

Todo testigo colateral debe de ser mencionado al trabajador social. Es la responsable de usted notificar al trabajador social al llenar esta forma si hay algún testigo colateral a quien se necesite llamar. Los testigos colaterales son generalmente profesionistas quienes tienen y pueden dar información de hechos en su caso, tales como son: doctores, enfermeras, maestros, proveedores de cuidado infantil, psicólogos/terapistas, etc. Los testigos colaterales pueden incluir a personas quienes tienen información que es relevante y significativa en cuanto usted, al menor o a los menores, o de la otra parte en esta demanda, tal como un ex cónyuge, hijos adultos, vecinos, etc.; sin embargo esto normalmente no incluye a la familia y amigos, excepto como se ha indicado. Si éste es un estudio social final usted deberá darnos el nombre, la dirección, el número de teléfono y una breve descripción de la información relevante que el testigo colateral deberá proveer, el trabajador social se pondrá en contacto con el testigo colateral, ya sea por escrito o por teléfono. Si este es un estudio social provisional, el trabajador social se pondrá en contacto con los testigos colaterales mientras que su tiempo se lo permita.

INFORMACIÓN DE LOS TESTIGOS COLATERALES:

	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELEFONO	BREVE DESCRIPCION DE LA RELEVANCIA
1.	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

Por favor indique con qué frecuencia y cuanto tiempo piensa usted que el o los niños deben de pasar con cada uno de sus padres. Por favor tome en consideración los horarios de trabajo y los horarios del menor o los menores así como sus necesidades. Por favor explique las razones por los que este arreglo será borrar eso sería en el mejor interés del menor o los menores:

Por favor haga una lista de lo que usted prefiera que sean las visitas durante los días festivos y las vacaciones de verano para el menor o los menores con cada uno de sus padres:

Escriba un resumen breve de los problemas y eventos que resultaron por la disolución de su matrimonio o terminación de su relación:

¿Desde la separación con quien han estado viviendo el menor o los menores? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Cual es el horario actual de visitas?

¿Se ordenado el pago de manutención alimenticia? Sí: _____ No: _____ Cantidad que se ordenó pagar \$ _____

Si se ordenó pero no ha sido pagado, cantidad que se debe: \$ _____

¿El divorcio o la separación han tenido un efecto en el menor o los menores? Si la respuesta es sí por favor explíquela:

Si aplica, por favor diga antes de estos procesos se iniciaran quién llevaba a cabo los siguientes deberes:

El transporte de ida y vuelta a la escuela o el cuidado durante el día: _____

Las visitas a los doctores, dentistas, etc.: _____

La ayuda con las tareas escolares: _____

La Preparación de alimentos: _____

De una manera breve por favor describa cómo disciplina al menor o a los menores. _____

Brevemente escriba un resumen de los eventos que causaron la presente disputa por custodia y visitas:

¿Por qué cree que debe de ser usted quien tenga la custodia principal del menor o los menores?

¿Por qué piensa usted que la otra persona quiere la custodia del menor o los menores ¿

¿Hay alguna razón por la que la otra parte en esta demanda no deba de tener la custodia o visitas? Si la respuesta es sí por favor especifique:

Por favor escriba si solamente usted, el otro padre, o ambos deberán detener los siguientes derechos: 1) tomar decisiones en cuanto a la educación del menor; 2) tomar decisiones en cuanto al cuidado médico dental y psicológico del menor; 3) determinar la residencia del menor.

En las respuestas a cada una de estas preguntas por favor explique porque contestó usted esa manera.
