



INTAKE/PRE-SENTENCE REPORT INFORMATION SHEET INGRESO/INFORME PRECONDENATORIO HOJA DE INFORMACION

DOC number/Núm. DOC: _____

PERSONAL				
	Last <i>Apellido</i>	Middle <i>Segundo Nombre</i>	First <i>Nombre</i>	Suffix <i>Sufijo</i>
True name <i>Nombre Verdadero</i>				
Alias/other name used <i>Alias/otros nombres usados</i>				
Maiden name <i>Apellido de Soltera</i>				
Convicted name <i>Nombre de Convicción</i>				
Date of birth/ <i>Fecha de Nacimiento</i>	Sex/ <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	Identify as: <input type="checkbox"/> Transgender man <input type="checkbox"/> Transgender woman <input type="checkbox"/> Non-binary <i>Hombre Transgenero Mujer Transgenero no binario/a</i>		
Hair/ <i>Cabello</i>	Eyes/ <i>Ojos</i>	Height/ <i>Estatura</i>	Weight/ <i>Peso</i>	
Race/ <i>Raza</i> Select	Hispanic origin <i>De origen Hispano</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No	Speak Spanish <i>Habla Español</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No	Understand English <i>Entiende Inglés</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No	US Citizen <i>Ciudadano de U.S</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No
Complexion/ <i>Tez</i> Select	Gang affiliation/ <i>Afiliación a Pandillas</i>		Religious preference/ <i>Pref. Religiosa</i>	
Scars, marks, tattoos / <i>Cicatrices, marcas, tatuajes</i>				
Social Security number <i>Número de Seguro Social</i>	FBI number <i>Número del FBI</i>	Place of birth (City/State/Country) <i>Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado, País)</i>		

VEHICLE/VEHICULO				
Driver's license number <i>Núm. de licencia de Conducir</i>	State issued <i>Emitida por el Estado de</i>	Expired <i>Expirada</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>	Expiration date <i>Fecha de expiración</i>	
Vehicle make <i>Marca del Vehículo</i>	Model <i>Modelo</i>	Color	Year <i>Año</i>	Issuing state <i>Estado emisor</i>
Auto insurance <i>Seguro de Auto</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No	Insurer name <i>Compañía de Seguros</i>		Policy number <i>Numero de póliza</i>	

RESIDENCE/DOMICILIO					
Street address (Proposed, if in custody) <i>Dirección (Propuesta si está en custodia)</i>		Apt. # <i># Apt.</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip <i>Código Postal</i>
Mailing address (If different than above)/ <i>Dirección de correos</i>				Homeless/ <i>Sin hogar</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>	
Home number <i>Núm. Teléfono de Casa</i>	Cell number <i>Núm. Teléfono Celular</i>	Work number <i>Núm. Teléfono Trabajo</i>	Pager number <i>Núm. de buscapersonas</i>		
Types of pets in residence <i>Tipo de mascotas en la casa</i>		Email address <i>Dirección correo electrónico</i>		# of moves in past year <i># mudanzas el año pasado</i>	
Emergency contact name <i>Nombre de contacto en emergencia</i>		Relationship <i>Relación</i>	Phone number <i>Núm. Teléfono</i>	Alternate number <i>Núm. alternativo</i>	

Name of other resident <i>Nombre de otro residente</i>	Relationship <i>Parentesco</i>	Age <i>Edad</i>

FAMILY/FAMILIA			
Father name <i>Nombre del Padre</i>	Address <i>Dirección</i>		
Home number <i>Núm. Teléfono de Casa</i>	Work number <i>Núm. Teléfono Trabajo</i>	Home number <i>Núm. Teléfono de Casa</i>	Work number <i>Núm. Teléfono Trabajo</i>
Mother name <i>Nombre de la Madre</i>	Address <i>Dirección</i>		
Home number <i>Núm. Teléfono de Casa</i>	Work number <i>Núm. Teléfono Trabajo</i>	Home number <i>Núm. Teléfono de Casa</i>	Work number <i>Núm. Teléfono Trabajo</i>
Raised by: <input type="checkbox"/> Natural parent(s) <input type="checkbox"/> Foster parent(s) <input type="checkbox"/> Other caregiver <input type="checkbox"/> Institution(s) <i>Criado por: Padres Naturales Padres adoptivos Otro Guardián Institución(es)</i>			
Sibling name <i>Nombre del Hermano(a)</i>	Age <i>Edad</i>	Address <i>Dirección</i>	Phone number <i>Número de teléfono</i>

Family with criminal record, if any (e.g., parent, sibling, aunt, uncle, grandparent) <i>Familiares con antecedentes penales, si los hay (p.ej., padres, hermanos(as), tía, tío, abuelo)</i>		
Name <i>Nombre</i>	Relationship <i>Parentesco</i>	Address (City, State) <i>Dirección (Ciudad, Estado)</i>

RELATIONSHIPS/CHILDREN RELACIONES/HIJOS			
<input type="checkbox"/> Never married/ <i>Nunca casado</i> <input type="checkbox"/> Married/ <i>Casado</i> <input type="checkbox"/> Cohabitation/ <i>Cohabitación</i> <input type="checkbox"/> Widowed/ <i>Viudo(a)</i>			
<input type="checkbox"/> State Registered Domestic Partnership/ <i>Pareja Domestica Registrada en el Estado</i>			
<input type="checkbox"/> Divorced/Partnership dissolved <input type="checkbox"/> Separated/when: _____ Number of prior marriages: _____ <i>Divorciado/Disolución de la pareja Separado/cuando Núm. matrimonios anteriores</i>			
Current spouse/State Registered Domestic Partner/significant other: _____ <i>Cónyuge actual/Pareja Domestica registrada en el Estado/Pareja de hecho</i>			
Prior spouse/State Registered Domestic Partner/significant other: _____ <i>Cónyuge anterior/Pareja Domestica registrada en el Estado/Pareja de hecho</i>			
Name <i>Nombre</i>	Address <i>Dirección</i>	Divorce/dissolution date <i>Fecha de Divorcio/disolución</i>	Place <i>Lugar</i>

Child(ren)/Niño(s):			
Name Nombre	Relationship Parentesco	Age Edad	Supported by Mantenido por

EDUCATION/EDUCACION				
High school/college attended <i>Escuela secundaria/universidad</i>	Ever suspended or expelled? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí Why: _____ <i>Alguna vez fue suspendido o expulsado Por qué:</i>			
Name Nombre	Address (City, State) <i>Dirección (Ciudad, Estado)</i>	Date entered <i>Fecha inicio</i>	Date left <i>Fecha salida</i>	Grade completed <i>Grado completado</i>
Vocational school/Esuela de formación profesional				
Name Nombre	Address (City, State) <i>Dirección (Ciudad, Estado)</i>	Date entered <i>Fecha inicio</i>	Date left <i>Fecha salida</i>	
Vocational certificate received?/Certificado vocacional recibido? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Date/Fecha: _____				
DVR benefits received for training?/Beneficios del DVR recibidos por la capacitación? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No				
Long term education/training goals / Metas de educación/capacitación a largo plazo:				

MILITARY/MILITARES	
Have you served in the military? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Ha servido en el ejército?</i>	If Yes, what branch – <i>Si es así, en que rama –</i>
<input type="checkbox"/> Army <input type="checkbox"/> Navy <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Air Force <input type="checkbox"/> Coast Guard <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Ejército Marina Marines Fuerza Aérea Guarda Costa Otra</i>	
How long did you serve? _____ <i>Cuanto tiempo sirvió?</i>	Received an honorable discharge? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Recibió una baja honorable?</i>
Do you have copy of your DD 214 Certificate of Release or Discharge from Active Duty? <i>Tiene copia de su Certificado de Liberación o de Baja del Servicio Activo DD 214?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No

EMPLOYMENT/EMPLEO				
Employed at time of arrest? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Empleado en el momento del arresto?</i>	Fired as result of arrest? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Despedido como resultado del arresto?</i>			
Number of months employed in last year/Número de meses empleado en el último año: _____				
Current employer <i>Empleador actual</i>	Job title <i>Título del puesto de trabajo</i>	Date started <i>Fecha inicio</i>	Wage/salary <i>Paga/Salario</i> \$	
List employers for the last 5 years (Use additional pages, if necessary) <i>Enumere los empleadores de los últimos 5 años (Utilice páginas adicionales, si es necesario)</i>				
Employer <i>Empleador</i>	Job title <i>Título del puesto de trabajo</i>	Start date <i>Fecha Inicio</i>	End date <i>Fecha Final</i>	Quit or fired? <i>Renuncio o fue despedido?</i>
				<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No

				<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No

FINANCIAL/FINANZAS		
Long term goals for employment/ <i>Metas a largo plazo para empleo</i>		
Dependent(s) financially responsible for/ <i>Dependiente(s) bajo su responsabilidad financiera:</i>		
Name/ <i>Nombre</i>	Name/ <i>Nombre</i>	Name/ <i>Nombre</i>
Total court ordered child support amount: \$ <i>Cantidad total de manutención de niños ordenada por el tribunal:</i>		Amount paid: \$ <i>Cantidad pagada:</i>
If unemployed, what is your source of financial support?/ <i>Si es desempleado ¿cuál es su fuente de ingresos?</i>		
In the last 12 months have you received or are receiving/ <i>En los últimos 12 meses ha recibido o está recibiendo:</i> Public assistance, disability payments, or unemployment compensation <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Asistencia pública, pagos por incapacidad o compensación por desempleo</i>		
Dates received <i>Fechas de recepción</i>	Amount received <i>Cantidad recibida</i> \$	Reason <i>Razón</i>

SUBSTANCE USE HISTORY/HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS					
Have you consumed or presently consume alcoholic beverages? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Ha consumido o consume actualmente bebidas alcohólicas?</i>					
How often <i>Con que frecuencia</i>	How much <i>Cuanto</i>	Age began consuming <i>Edad en que empezó a consumir</i>	Preferred alcoholic beverage <i>Bebida alcohólica preferida</i>		
Preferred time and place to consume alcoholic beverages: _____ <i>Hora y lugar preferidos para consumir bebidas alcohólicas:</i>					
Do you believe you currently have a problem with alcohol? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Cree que actualmente tiene un problema con el alcohol?</i>					
In the last 12 months, has alcohol caused problems for you in any of the following areas: <i>En los últimos 12 meses, el alcohol le ha causado problemas en cualquiera de las siguientes áreas:</i>					
<input type="checkbox"/> Law violations <input type="checkbox"/> Marital/Family <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> School/Work <input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Violaciones de la ley Matrimonio/Familia Médico Escuela/Trabajo Otro:</i>					
Have you ever used the following substances?/ <i>Ha usado alguna vez las siguientes sustancias?</i>					
Type <i>Tipo</i>	Yes <i>Sí</i>	No <i>No</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>	Age used <i>Edad de uso</i>	Type of reaction(s) <i>Tipo de reacción(es)</i>
Amphetamines (speed) <i>Anfetaminas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Barbiturates (downers) <i>Barbitúricos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cocaine <i>Cocaína</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hallucinogens <i>Alucinógenos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Heroin <i>Heroína</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Marijuana <i>Marihuana</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Methamphetamine <i>Metanfetamina</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Morphine <i>Morfina</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Other: Otras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Are you or have you been addicted to drugs?/Es o ha sido usted adicto a las drogas? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No					
Type of drug(s)/Tipo de droga(s): _____					
In the last 12 months, has drug use caused problems for you in any of the following areas? En los últimos 12 meses, ¿el uso de drogas le ha causado problemas en alguna de las siguientes áreas?					
<input type="checkbox"/> Law violations <input type="checkbox"/> Marital/Family <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> School/Work <input type="checkbox"/> Other: _____ Violaciones de la ley Matrimonio/Familia Médico Escuela/Trabajo Otro:					
Have you received treatment/counseling for your drug/alcohol use? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Ha recibido tratamiento/consejo debido a su uso de drogas/alcohol?					
Where/Donde		Date(s)/Fecha(s)		Counselor/Consejero	
Do you have a family member with a history of drug/alcohol abuse? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Tiene un miembro de la familia con un historial de abuso de drogas/alcohol?					
Who/Relationship Quién/Relación		Treatment facility Instalación de tratamiento		Date(s) Fecha(s)	
				Counselor Consejero	

MENTAL HEALTH/SALUD MENTAL

Have you ever seen a mental health professional? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Ha visto alguna vez a un profesional de salud mental?		
Where/Donde	When/Cuando	Counselor/Consejero
Have you ever been diagnosed as suffering from severe mental illness? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Alguna vez le han diagnosticado que sufre de una enfermedad mental severa?		
Have you ever had a plan to commit suicide? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Alguna vez ha tenido un plan para suicidarse?		
Have you ever attempted suicide? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Alguna vez ha intentado suicidarse?		
Are you thinking about killing yourself at this time? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Está pensando en suicidarse en este momento?		
Have you ever been to a hospital for mental health reasons? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Ha estado alguna vez en un hospital por razones de salud mental?		
Name of mental health institution Nombre de la institución de salud mental		Address Dirección
Are you currently involved in mental health treatment? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Está actualmente involucrado en un tratamiento de salud mental?		
Have you ever been prescribed medication for mental illness? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Alguna vez le han recetado medicamentos para enfermedades mentales?		
Are you taking mental health medications at this time? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Está tomando medicamentos para la salud mental en este momento?		

Medication Medicamento	How long Cuanto tiempo	Medication Medicamento	How long Cuanto tiempo

Does a family member(s) suffer from mental health issues? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Algún miembro de la familia sufre de problemas de salud mental?			
Name/Nombre	Relationship/Relación	Name/Nombre	Relationship/Relación

Have you ever had problems/experiences with the following: <input type="checkbox"/> Assaultive behavior <input type="checkbox"/> Domestic violence Ha tenido alguna vez problemas/experiencias con: Comportamiento agresivo Violencia doméstica			
Have you ever participated in: <input type="checkbox"/> Domestic violence treatment <input type="checkbox"/> Anger management Alguna vez ha participado en: Tratamiento de la violencia doméstica Manejo de la ira			

MEDICAL/MEDICO

Are you currently under the care of a doctor?..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Está actualmente bajo el cuidado de un médico?</i>			
Doctor name/Nombre del doctor	Address/Dirección		
Have you ever had any serious illnesses or accidents? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Ha tenido alguna vez alguna enfermedad o accidente grave?</i>			
Convulsions or seizures? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Convulsiones o ataques?</i>			
Were you hospitalized? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Fue hospitalizado?</i>			
When/Cuando	Where/Donde		
Are you on a special diet?/Está en una dieta especial? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Type/tipo: _____			
Are you taking any medications? /Está tomando algún medicamento?			
Medication <i>Medicamento</i>	How long <i>Cuanto tiempo</i>	Medication <i>Medicamento</i>	How long <i>Cuanto tiempo</i>
What is your current state of health?/Cuál es su estado de salud actual?			

ACTIVITIES/INTERESTS			
What kinds of free time activities have you participated in the past year? <i>En su tiempo libre, en qué tipo de actividades ha participado en el último año?</i>			
Activity <i>Actividad</i>	How often <i>Con que frecuencia</i>	With whom <i>Con quien</i>	
Are you a member of any organization? <i>Es miembro de alguna organización</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	Name of organization <i>Nombre de la organización</i>	Name of organization <i>Nombre de la organización</i>	
Do you have any experience using a computer/software? <i>Tiene alguna experiencia en el uso de un computador/software?</i>			
Type of computer <i>Tipo de computador</i>	Type of computer <i>Tipo de computador</i>	Software	Software

REFERENCES/REFERENCIAS			
Relatives and Friends/Parientes y Amigos			
Name <i>Nombre</i>	Address <i>Dirección</i>	Phone number <i>Núm. Teléfono</i>	Relationship <i>Relación</i>

CURRENT OFFENSE/DELITO ACTUAL			
Date of arrest <i>Fecha del arresto</i>	Date of crime <i>Fecha del delito</i>	Charge <i>Cargo</i>	Count of conviction <i>Condado de convicción</i>

Agency arrested by <i>Agencia que lo arresto</i>	Days spent in jail <i>Días pasados en la cárcel</i>	Date plea/trial completed <i>Fecha del Alegato/Juicio</i>	Date released <i>Fecha de liberación</i>
Was physical force involved? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Hubo fuerza física involucrada?</i>			
Did you consume alcohol before or during the offense? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Consumió alcohol antes o durante la ofensa?</i>			
Did you ingest/inject drugs before or during the offense? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Ingirió o se inyectó drogas antes o durante el delito?</i>			
Was a weapon(s) involved in the offense? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Hubo un arma(s) involucrada en el delito?</i>			
Were drugs involved in the offense? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Estuvieron las drogas involucradas en el delito?</i>			
Relationship to victim <input type="checkbox"/> Known <input type="checkbox"/> Stranger <i>Conocido Extraño</i>	Explain/Explique	Age <i>Edad</i>	Physical/mental condition of victim <i>Condición física/mental de la víctima</i>
Relationship to victim <input type="checkbox"/> Known <input type="checkbox"/> Stranger <i>Conocido Extraño</i>	Explain/Explique	Age <i>Edad</i>	Physical/mental condition of victim <i>Condición física/mental de la víctima</i>
Threat of violence present? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Amenaza de violencia presente?</i>	To whom/A quien	To whom/A quien	
Guilt determined by: <input type="checkbox"/> Court trial <input type="checkbox"/> Guilty plea <i>Culpabilidad determinada por Juicio en el tribunal Admisión de culpabilidad</i>			
Method of attorney retention: <input type="checkbox"/> Hired <input type="checkbox"/> Court appointed <input type="checkbox"/> Public defender <input type="checkbox"/> Waived attorney <i>Método de retención del abogado Contratado Nombrado por la corte Defensor público Renunció a uno</i>			
Name of attorney/Nombre del abogado		Address/Dirección	
Phone number <i>Número de teléfono</i>	Cell phone number <i>Número de celular</i>	Alternate number <i>Número alterno</i>	Fax number <i>Número de fax</i>

CRIMINAL HISTORY/HISTORIA CRIMINAL			
Adult and Juvenile			
List your juvenile and adult arrests and convictions below (Use additional pages, if necessary) <i>Anote sus arrestos y condenas juveniles y adultas a continuación (Use páginas adicionales, si es necesario)</i>			
Date <i>Fecha</i>	Offense <i>Crimen</i>	Place (City, State) <i>Lugar (Ciudad, Estado)</i>	Disposition <i>Disposición</i>
Was physical force involved? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Hubo fuerza física involucrada?</i>		Was a weapon(s) involved in the offense? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Hubo un arma(s) involucrada en el delito?</i>	
If yes, explain/Si es así, explique:			
Relationship to victim <input type="checkbox"/> Known <input type="checkbox"/> Stranger <i>Conocido Extraño</i>	Explain/Explique	Age <i>Edad</i>	Physical/mental condition of victim <i>Condición física/mental de la víctima</i>
Relationship to victim <input type="checkbox"/> Known <input type="checkbox"/> Stranger <i>Conocido Extraño</i>	Explain/Explique	Age <i>Edad</i>	Physical/mental condition of victim <i>Condición física/mental de la víctima</i>
Threat of violence present? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Amenaza de violencia presente?</i>	To whom/A quien	To whom/A quien	
Did you ever violate your probation, parole, community supervision, or community placement? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Alguna vez violó su libertad condicional, bajo palabra, supervisión comunitaria, colocación en la comunidad?</i>			
Did you ever escape from a correctional facility? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			

