



INFORME DE LAS DECLARACIONES DEL JOVEN O LA JOVEN QUE PROVOCO EL INCENDIO (rev. 2019-02-07)

Información Del Joven O La Joven

Nombre De Pila Del Joven O La Joven: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Edad Al Momento Del Incidente: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Sexo: _____

Estatura: (X'XX" - Pies/Pulgadas) _____ Peso: (Libras) _____ Raza: _____

¿Es El Joven O La Joven Fumador/A? Sí O No Idioma Principal Que Se Habla En El Hogar: _____

Teléfono Principal De Contacto Del Joven O La Joven: (_____) _____ Tipo De Teléfono: De La Casa O Celular

Dirección De Correo Electrónico Del Joven O La Joven: _____

Año Escolar En El Que Se Encontraba Al Momento Del Incidente (Si El Incidente Ocurrió En El Verano, Mencione El Año Escolar Al Que Iba A Entrar): _____

Nombre De La Escuela: _____

Cuentas de los medios sociales utilizados por el joven o la joven (marque todas las que correspondan):

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Tumblr | <input type="checkbox"/> YouTube |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> LinkedIn | <input type="checkbox"/> Twitter | <input type="checkbox"/> Vine |
| <input type="checkbox"/> Google+ | <input type="checkbox"/> Pinterest | <input type="checkbox"/> Otra _____ | |

Información De La Persona Que Lo/La Cuida

Tipo de familia del joven o la joven: (padres biológicos, padre o madre soltero/a divorciado/a, adoptado/a, etc.)

Nombre de la persona principal que tiene la custodia o lo/la cuida: _____

Apellido: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección De Correo Electrónico: _____ Número De Teléfono Secundario: (_____) _____
Celular O De La Casa Celular O De La Casa

Nivel de educación más alto de la persona que lo/la cuida (marque todos los que correspondan):

Escuela Secundaria GED Algo de Education Superior BA o Grado de BS Maestría

Nombre Del/La Proveedor/A Secundario/A Del Cuidado: _____

Apellido: _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Dirección De Correo Electrónico: _____ Número De Teléfono Secundario: (____) _____
Celular O De La Casa Celular O De La Casa

Residencia Del/La Joven / Residencia Familiar

Número de niños en la familia /residencia principal: _____

Nombre del hermano/a: _____ Edad: _____ Sexo _____

Nombre del hermano/a: _____ Edad: _____ Sexo _____

Nombre del hermano/a: _____ Edad: _____ Sexo _____

Número de hermano/a: _____ Edad: _____ Sexo _____

¿Participa el joven o la joven en un programa de almuerzo gratuito/de costo reducido? Sí o No

¿Hay algún/a fumador/a en el hogar? Sí o No

Antecedente Médico / Información Del Joven O La Joven

Diagnóstico de una enfermedad física o mental (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Abuso Del Alcohol O De Una Sustancia | <input type="checkbox"/> Trastorno Ailmenticio |
| <input type="checkbox"/> Trastorno De Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno De Control De Impulsos (Agresión) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Por Déficit De Atención con Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Trastorno Negativista Desafiante |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Trastorno Del Sueño |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar | <input type="checkbox"/> Discapacidad Específica Del Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Conduct Disorder | <input type="checkbox"/> Trastorno Por Estrés Postraumático |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Se Desconoce |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual y Del Desarrollo | |
| <input type="checkbox"/> Otro (sírvese indicar): _____ | |

Tratamientos médicos o para la salud mental que está recibiendo en el presente (marque todos los que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consejería/Terapia | <input type="checkbox"/> Historial Con Las Autoridades Policiales |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes De Abuso / Negligencia | <input type="checkbox"/> Familia Historial Con Las Autoridades Policiales |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes con el Servicio de Protección al Menor | <input type="checkbox"/> Rendimiento escolar o antecedentes de problemas del comportamiento |

Otras agencias que trabajan con la familia (marque todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> De La Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Servicios Sustitutivos Para El O La Joven/La Familia | <input type="checkbox"/> Se Desconoce |
| <input type="checkbox"/> Aplicación De La Ley En La Justicia De Menores | <input type="checkbox"/> Otros |

Otro / Detalles: _____

Evento estresante reciente en la familia (en un plazo de 6 meses) (marque todos los que correspondan):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Mudanza/Reubicación |
| <input type="checkbox"/> Hostigamiento/Burlas-Víctima o Autor | <input type="checkbox"/> Un Nuevo Hijo/Miembro Familiar |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento De Un Miembro Familiar | <input type="checkbox"/> Separación/Divorcio De Los Padres |
| <input type="checkbox"/> Cambio Económico En El Ingreso Familiar | <input type="checkbox"/> Cambio De Escuela |
| <input type="checkbox"/> Pérdida/Fallecimiento De Un Amigo/A/Muerte De Una Mascota | |
| <input type="checkbox"/> Se Desconoce | |
| <input type="checkbox"/> Otro (favor de enumerar) _____ | |

¿Ha tenido el joven o la joven incidentes anteriores de incendio? Sí o No

De cuántos incendios tiene conocimiento? _____

Fecha del incidente de incendio más reciente: _____ Día de la semana del incidente: _____

Hora del incidente: _____ Ciudad del incidente: _____ Código postal del incidente: _____

Lugar del incidente: _____

Fuente de ignición: _____ Primer artículo encendido: _____

La fuente de ignición se obtuvo de: _____

Acelerante(s) utilizado(s) en el incidente (marque todos los que correspondan):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Atomizadores en aerosol | <input type="checkbox"/> Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Butano | <input type="checkbox"/> Diésel | <input type="checkbox"/> Fuegos Artificiales/Pólvora Destellante |
| <input type="checkbox"/> Gasolina | <input type="checkbox"/> Pólvora | <input type="checkbox"/> Desinfectante Para Manos |
| <input type="checkbox"/> Desodorante En Aerosol/Fijador Para El Cabello | <input type="checkbox"/> Gas Natural | |
| <input type="checkbox"/> Propano | <input type="checkbox"/> Líquido Para Encendedores | <input type="checkbox"/> Otro Gas A Presión |
| <input type="checkbox"/> Líquido Para Encendedores | <input type="checkbox"/> Se Deconoce | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por Favor Enumere) _____ | | |

Descripción del incendio: (¿Qué ocurrió?)

¿Fue el joven o la joven arrestado/a/o citado/a por las autoridades? Sí o No

¿Cuál fue el cargo? _____

Acciones disciplinarias como resultado del incendio: _____

¿Estaba el joven o la joven bajo la influencia de alguna sustancia en el momento del incidente? Sí o No

¿Fueron las redes sociales o los medios de comunicación una influencia en el momento del incidente? Sí o No

¿Quién era la persona a cargo del cuidado o el tutor o la tutora en el momento del incidente?

¿Hubo otros cómplices implicados en el incidente? Sí o No

¿Hubo lesiones como resultado del incidente? Sí o No

Número de personas desplazadas por el incidente: _____

Muertes como resultado del incidente: Sí o No

¿Hubo daños a la propiedad como resultado del incidente? Sí o No

¿Respondió el departamento de bomberos a este incidente? Sí o No