



Minnesota Pretrial Questionnaire (Revised)

Cuestionario previo al juicio de Minnesota (revisado)

Name/Nombre	(Last)/(Apellido)	(First)/(Nombre)	(Middle)/(Segundo nombre)	
Date of Assessment (dd/mm/yyyy): Fecha de evaluación (dd/mm/aaaa):	DOB Fecha de nacimiento	Age Edad		
County of Residence/Condado de residencia:	Duration/Duración:	yr/Año	mo/Mes	
Street Address/Dirección	Apt # N.º de apartamento	City Ciudad	State Estado	ZIP Código postal
Mailing Address/Dirección postal	Apt # N.º de apartamento	City Ciudad	State Estado	ZIP Código postal
Employment /Education Empleo y educación	<p>1. Are you Currently employed?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Actualmente tiene empleo?..... Sí No</p> <p>If Yes: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time En caso afirmativo: A tiempo completo A tiempo parcial</p> <p>If Part-time: <input type="checkbox"/> 20+ hrs/week <input type="checkbox"/> Less than 20 hrs/week Si es a tiempo parcial: Más de 20 horas Menos de 20 horas por semana por semana</p> <p>2. Do you currently attend school?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Asiste a la escuela actualmente?..... Sí No</p> <p>If Yes: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time En caso afirmativo: A tiempo completo A tiempo parcial</p> <p>If Part-time: <input type="checkbox"/> 20+ hrs/week <input type="checkbox"/> Less than 20 hrs/week Si es a tiempo parcial: Más de 20 horas Menos de 20 horas por semana por semana</p> <p>3. If you attend school and work, do your hours for both total 20 hours or more?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si asiste a la escuela y trabaja, ¿las horas que dedica a ambas actividades suman 20 horas o más?..... Sí No</p>			

Substance Use/ Consumo de sustancias	4. If you do not work outside the home, do you receive income from public assistance, social security benefits of any kind, disability benefits, or pension benefits?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si no trabaja fuera de casa, ¿recibe ingresos de asistencia pública, beneficios del Seguro Social de cualquier tipo, beneficios por discapacidad o beneficios de la pensión?.....Sí No
	5. If you do not work outside the home, do you have financial support while you care for children, elderly parents, or a relative?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si no trabaja fuera de casa, ¿cuenta con apoyo financiero mientras cuida a niños, padres de edad avanzada o a un familiar?.....Sí No
	6. Have you had an alcohol abuse problem in the last six months?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido algún problema de abuso de alcohol en los últimos seis meses?.....Sí No
Children/ Niños	7. Have you used illegal mood-altering chemicals during the last six months?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Ha consumido sustancias químicas ilegales que alteren el estado de ánimo durante los últimos seis meses?.....Sí No
	8. How many minor children or others live with you or receive financial support from you? ¿Cuántos niños menores u otras personas viven con usted o reciben apoyo financiero de su parte? Children/Niños: _____ Others/Otras personas: _____ Total/Total: _____
Military/ Fuerzas Armadas	9. Have you ever been in or served in the United States armed forces?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?.....Sí No

Please enter the name, relationship, and phone number of someone who knows you well: Ingrese el nombre, la relación y el número de teléfono de alguien que lo conozca bien:	Name	Relationship	Phone
	Nombre	Relación	Teléfono

Systems Checked (Probation. use only) Sistemas verificados (utilizar únicamente en caso de libertad condicional) <input type="checkbox"/> BCA <input type="checkbox"/> CSTS <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> MNCIS/MGA <input type="checkbox"/> CISR <input type="checkbox"/> GLWS <input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> JMS	P.O./Apartado de correos
--	---------------------------------