



# Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de Nuevo México

División de Servicios de Protección  
Oficina de Recursos de Colocación, Prevención y Adopción  
Unidad de Control de Antecedentes Penales



# Children, Youth & Families Department

STATE OF NEW MEXICO

## Control de Abuso y Negligencia de Niños en Nuevo México

**\*\* El formulario deberá estar escrito a máquina. El formulario será rechazado si falta información. \*\***

Por la presente autorizo al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de Nuevo México (CYFD) a verificar las acusaciones de abuso y negligencia de niños hechas contra mi(s) nombre(s) y a verificar los registros de solicitudes anteriores para ser un padre de recurso. Entiendo que la comprobación se utilizará en la consideración de mi idoneidad para ser un Padre de Recurso. Relevo al CYFD de NM de toda responsabilidad y eximo al CYFD de toda responsabilidad. El Departamento tiene mi permiso para proporcionar los resultados a:

*Nombre de la Agencia	<input type="text"/>	*Nombre de Contacto	<input type="text"/>	*N.º de Teléfono	<input type="text"/>
*Tipo de Agencia:	<input type="text"/>	N.º de Expediente	<input type="text"/>	Nombre del Tribunal	<input type="text"/>
*Dirección de Correo:	<input type="text"/>	*Ciudad	<input type="text"/>	*Estado	<input type="text"/>
*Código Postal		<input type="text"/>			

**Solo Para Uso de la Agencia** Correo electrónico:  **Solo Para Uso de la Agencia**

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Enumere su nombre de nacimiento/legal y todos los nombres de casados, nombres con guión, apodos o variaciones de un nombre que haya utilizado alguna vez.

**\*\*El formulario será rechazado si los campos se dejan en blanco.**

*Nombre	<input type="text"/>	*Nombre intermedio <small>Si no hay ninguno, escriba NMN (sin nombre intermedio).</small>	<input type="text"/>	*Apellido	<input type="text"/>
*Alias, también conocido(a) como, nombre de soltera, apodo, Sr. Jr., etc. <small>Si no hay ninguno, escriba N/A. No dejar en blanco</small>					
<input type="text"/>					
*Número de la Seguro Social <small>9 dígitos</small>	<input type="text"/>	*Fecha de nacimiento <small>mm/dd/aaaa</small>	<input type="text"/>		
*Dirección Física	<input type="text"/>	*Ciudad	<input type="text"/>	*Estado	<input type="text"/>
			*Código postal	<input type="text"/>	
*Lugar de Nacimiento <small>Ciudad, Estado</small>	<input type="text"/>			N.º de teléfono	<input type="text"/>
*Cónyuge actual/persona de referencia: Indique el nombre completo, la fecha de nacimiento y el número de seguro social. <small>Si no hay ninguno, indique N/A en el campo del nombre</small>					
Nombre	<input type="text"/>	*FN <small>dd/mm/aaaa</small>	<input type="text"/>	*SSN <small>completo</small>	<input type="text"/>
Cónyuge anterior / Pareja: Indique el nombre completo, la fecha de nacimiento (si la conoce) y el número de seguro social (si lo conoce). <small>Si no hay ninguno indique N/A en el campo del nombre.</small>					
Nombre Completo	<input type="text"/>	FN <small>dd/mm/aaaa</small>	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>
Nombre Completo	<input type="text"/>	FN <small>dd/mm/aaaa</small>	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>

Indique el nombre completo de los hijos biológicos, adoptivos, crianza temporal, hijastros u otros que hayan vivido en su casa. **Si necesita más espacio, añada una hoja aparte con la información solicitada a continuación. Haga que el solicitante firme y fecha la(s) página(s) adicional(es).** Si no hay ninguno, solo indique N/A en el campo del nombre.

Nombre Completo	<input type="text"/>	FN <small>dd/mm/aaaa</small>	<input type="text"/>
Nombre Completo	<input type="text"/>	FN <small>dd/mm/aaaa</small>	<input type="text"/>
Nombre Completo	<input type="text"/>	FN <small>dd/mm/aaaa</small>	<input type="text"/>
Nombre Completo	<input type="text"/>	FN <small>dd/mm/aaaa</small>	<input type="text"/>
Nombre Completo	<input type="text"/>	FN <small>dd/mm/aaaa</small>	<input type="text"/>

Indique todas las direcciones anteriores en las que ha vivido en cualquier momento durante los últimos 5 años. **Incluya la(s) dirección(es) de Nuevo México. Si necesita más espacio, añada una hoja aparte con la información solicitada a continuación. Haga que el solicitante firme y fecha la(s) página(s) adicional(es).**

*Dirección	<input type="text"/>	*Ciudad, Estado	<input type="text"/>	*Año(s) de residencia	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	*Ciudad, Estado	<input type="text"/>	*Año(s) de residencia	<input type="text"/>

Servicios de protección del CYFD - Unidad de CRC

Si tiene preguntas llame al (505)500-7310 o envíenos un correo electrónico a [CYFD.PSCriminalReco@cyfd.nm.gov](mailto:CYFD.PSCriminalReco@cyfd.nm.gov)

**PARA USO EXCLUSIVO DEL CYFD/PS DE NM**

Nuestra oficina ha completado un control de abuso y negligencia de niños a través de nuestro Sistema Automatizado de Seguimiento de Clientes de la Familia

(FACTS, por su sigla en inglés). Nuestros registros muestran lo siguiente para : \_\_\_\_\_

Se encontró(aron) la(s) siguiente(s) **prueba(s)**:

<b>Fecha de la Comprobación</b> <b>(Solo para uso interno)</b>	<b>Fecha de Apertura de la Investigación</b>	<b>Fecha de Cierre de la Investigación</b>	<b>Abuso Físico</b>	<b>Negligencia Física</b>	<b>Abuso Sexual</b>

Se encontró(aron) la(s) siguiente(s) **faltas de prueba(s)**:

<b>Fecha de la Comprobación</b> <b>(Solo para uso interno)</b>	<b>Fecha de Apertura de la Investigación</b>	<b>Fecha de Cierre de la Investigación</b>	<b>Abuso Físico</b>	<b>Negligencia Física</b>	<b>Abuso Sexual</b>

Si necesita información adicional sobre la información registrada anteriormente, haga que su **solicitante** se ponga en contacto con Kathleen Hardy, encargada de los registros del CYFD (505) 827-8400 o por correo electrónico en [Kathleen.hardy@state.nm.us](mailto:Kathleen.hardy@state.nm.us).

Una búsqueda en la base de datos del CYFD/PS sobre adopciones y cuidado de crianza temporal (CRC) y Adam Walsh Check indican que este solicitante ha tenido previamente una verificación de antecedentes en y por las siguientes agencias:

<b>Nombre de la(s) Agencia(s)</b>	<b>Fecha en que se Realizó la Verificación de Antecedentes</b>

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la Unidad CRC de CYFD PS llamando al (505)827-8400 o por correo electrónico [CYFD.PSCriminalReco@state.nm.us](mailto:CYFD.PSCriminalReco@state.nm.us).

Búsqueda procesada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprima el nombre de la persona que completó la búsqueda: \_\_\_\_\_