

**PROGRAMA LEY 22**  
**PLANILLA EVALUATIVA A PERSONAS SENTENCIADAS**

Núm. Exp. \_\_\_\_\_

**I. Datos de Identificación**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
(celular) (casa) F/M

Núm. Seg. Soc.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Día/Mes/Año

Fecha de Referido del Tribunal: \_\_\_\_\_ Tribunal: \_\_\_\_\_  
Día/Mes/Año

Núm. Caso Criminal: \_\_\_\_\_ Juez: \_\_\_\_\_

Fecha de Sentencia: \_\_\_\_\_ Núm. Convicciones: \_\_\_\_\_  
Día/ Mes/ Año

Núm. de licencia de conducir: \_\_\_\_\_ CAS (%): \_\_\_\_\_

Estado Civil Actual: ☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a)

☐ Separado (a) ☐ Unión Consensual ☐ Viudo (a)

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persona de Contacto en caso de emergencia o apoyo: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Plan Médico: \_\_\_\_\_ Veterano: ☐ Sí ☐ No

**II. Historial Académico Laboral**

Grado académico más alto completado \_\_\_\_\_ ¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

Ocupación: \_\_\_\_\_

Relaciones Laborales: ☐ Buenas ☐ Regulares ☐ Conflictivas ☐ Ninguna

Explique: \_\_\_\_\_

Situación Económica: \_\_\_\_\_

**III. Antecedentes Legales**


---



---



---



---

**IV. Historial de Salud**

a. Salud Física: \_\_\_\_\_

b. Salud Mental: \_\_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_

Recibe tratamiento: ☐ Sí ☐ No      Tipo de tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dónde recibe el tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado (a) por alguna condición de salud física o mental? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

\*Si aplica, incluir ideas o intentos suicidas u homicidas.

**V. Historial y Condición actual en el uso de sustancias**

Tipo de droga	Sí	No	Vía	Cantidad	Frecuencia	Última vez
Heroína						
Cocaína						
Marihuana						
Crack						
Café						
Alcohol						
Tranquilizantes						
Cigarrillos						
Otras: _____						

**VI. Datos Adicionales**

Versión del convicto:

---

---

Patrón de bebida:

---

---

Cliente ha recibido tratamiento por problemas relacionados con el alcohol. ☐ Sí ☐ No

Cliente con casos anteriores o pendientes, por manejar en estado de embriaguez.

☐ Sí ☐ No Tribunal: \_\_\_\_\_ Fecha de sentencia: \_\_\_\_\_ Hon. Juez: \_\_\_\_\_

Colaterales que se han visto afectados por su ingesta de alcohol (familia, vecinos, empleo, etc.). Explique:

---

---

Situación que le impida cumplir con la sentencia impuesta por el Tribunal, si aplica. Explique:

---

---

**VII. Comentarios, Observaciones y Recomendaciones del Evaluador (a)**

- ☐ Charla Socioeducativa  
☐ Terapia Grupal  
☐ Referir a Unidad de Alcoholismo

---

---

---

Firma del Evaluador

---

Fecha