

Diario de Visitas

Mi nombre es _____.

Yo soy el padre la madre _____
(otro. favor de imprimir su parentesco con la criatura)

el nombre de mi Hija(o) es/ Los nombres de mis hijos son:

Nombre(s) de hija(o)	Fecha de Nacimiento (mes, día, año)

El niño /Los niños viven con (imprima el nombre de la persona con quien vive el niño / los niños):

Yo tengo orden de corte permitiéndome ver a mi hija(o)/ mis hijos en días específicos y en horas específicas. Mi orden de corte señala un lugar específico donde yo debo de recoger a mis hijos.

(Si usted no tiene orden de corte, o si su orden no incluye días y horas específicas para sus visitas, o si su orden no incluye un lugar específico para que usted intercambie sus hijos con el otro padre/madre, usted necesita regresar a la corte a obtener una orden que incluya esas cosas, para que una corte pueda hacer valer su orden.)

Intenté ver a mis hijos, de acuerdo a mi orden de corte, pero el papá (la mamá) no me permitió ver a los niños.

Este Diario contiene las veces que intenté ver a mis hijos, de acuerdo al itinerario que ordenó la corte. Intenté ver a mi hijo(a)/ mis hijos en las siguientes fechas pero no se me permitió. *(Iléne la lista con la información de cuando trató de ver a su/hijo(a)/hijos de acuerdo a su itinerario de corte y no se lo permitieron. Puede copiar y agregar listas adicionales si lo necesita)*

Fecha	Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Día (marque uno)	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
Hora	_____:_____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
Lugar <i>(ejemplo: casa de la madre, McDonald's, etc.)</i>	
Dirección	Calle: _____ Ciudad, Estado: _____
Testigos (nombres de personas que estaban presentes cuando trato de ver a sus hijos)	
Que sucedió? (nadie en casa, no me dejaban ver a los niños, etc.)	

Visitation Journal

Fecha	Mes: _____ Dia: _____ Año: _____
Día (marque uno)	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
Hora	_____ : _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
Lugar (ejemplo: casa de la madre, McDonald's, etc.)	
Dirección	Calle: _____ Ciudad, Estado: _____
Testigos (nombres de personas que estaban presentes cuando trato de ver a sus hijos)	
Que sucedió? (nadie en casa, no me dejaban ver a los niños, etc.)	

Fecha	Mes: _____ Dia: _____ Año: _____
Día (marque uno)	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
Hora	_____ : _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
Lugar (ejemplo: casa de la madre, McDonald's, etc.)	
Dirección	Calle: _____ Ciudad, Estado: _____
Testigos (nombres de personas que estaban presentes cuando trato de ver a sus hijos)	
Que sucedió? (nadie en casa, no me dejaban ver a los niños, etc.)	

Fecha	<i>Mes:</i> _____ <i>Día:</i> _____ <i>Año:</i> _____
Día (marque uno)	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
Hora	_____ : _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
Lugar <i>(ejemplo: casa de la madre, McDonald's, etc.)</i>	
Dirección	<i>Calle:</i> _____ <i>Ciudad, Estado:</i> _____
Testigos <i>(nombres de personas que estaban presentes cuando trato de ver a sus hijos)</i>	
Que sucedió? <i>(nadie en casa, no me dejaban ver a los niños, etc.)</i>	

Fecha	<i>Mes:</i> _____ <i>Día:</i> _____ <i>Año:</i> _____
Día (marque uno)	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
Hora	_____ : _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
Lugar <i>(ejemplo: casa de la madre, McDonald's, etc.)</i>	
Dirección	<i>Calle:</i> _____ <i>Ciudad, Estado:</i> _____
Testigos <i>(nombres de personas que estaban presentes cuando trato de ver a sus hijos)</i>	
Que sucedió? <i>(nadie en casa, no me dejaban ver a los niños, etc.)</i>	