

# SOLICITUD PARA EXAMEN DE EMERGENCIA Y TRATAMIENTO INVOLUNTARIOS

## Ley sobre los procedimientos de salud mental de 1976 Sección 302

(LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE PUEDE LLENAR DESPUÉS DE LA ADMISIÓN)

NOMBRE	Apellido	Nombre	Inicial 2º nombre	EDAD	SEXO
DIRECCIÓN					
NOMBRE DEL PROGRAMA DEL CONDADO		NOMBRE DE BSU		NÚMERO DE BSU	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		FECHA DE ADMISIÓN		NÚMERO DE ADMISIÓN	

### INSTRUCCIONES

1. La Parte I la debe completar la persona que cree que el paciente necesita tratamiento. Si dicha persona no es un médico, policía, el administrador del condado o su delegado, deberá solicitar autorización o una orden judicial a través del administrador del condado.
2. Si se requiere una autorización u orden judicial a través del administrador del condado, llame o visite la oficina del administrador del condado. La autorización de llevarse a un paciente para examinarlo sin una orden judicial se deberá documentar en la Parte II. Si se requiere una orden judicial, el administrador del condado, o una persona designada por el administrador para firmar órdenes judiciales deberá llenar la Parte III.
3. Si llevan al paciente al establecimiento en el que será examinado, se le tienen que explicar sus derechos descritos en el formulario MH 783-A. La persona que le explique sus derechos al paciente firmará la Parte IV:
4. El administrador del condado (o su representante), o el director del establecimiento (o su representante) deberá completar la Parte V cuando el paciente llegue al establecimiento.
5. El médico examinador deberá completar la Parte VI.
6. Si se requieren hojas adicionales en cualquier punto de este formulario, anote en el formulario el número de hojas adicionales que se adjuntaron.
7. Si el paciente está sujeto a procedimientos/detención penal, describa brevemente abajo.


## AVISO IMPORTANTE

**CUALQUIER PERSONA QUE PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA A SABIDAS AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO PODRÍA SER ENCAUSADA Y ESTAR SUJETA A SANCIONES PENALES QUE INCLUYEN CONDENA DE UN DELITO MENOR.**

### Parte I SOLICITUD

Yo pienso que \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA PERSONA)

está gravemente discapacitado(a) mentalmente: (Marque y complete todas las partes correspondientes a este paciente)

Una persona gravemente discapacitada mentalmente es aquella quien como resultado de una enfermedad mental su capacidad de autocontrol, juicio y discreción en su conducta sobre sus asuntos y relaciones sociales o para atender a sus necesidades personales ha disminuido al grado de que él o ella representa un peligro inminente de daño a otros o a sí mismo(a).

El peligro inminente hacia otros se debe demostrar estableciendo que en los últimos 30 días la persona le ha causado o tratado de causarle gran daño a otra persona y que hay probabilidad razonable de que dicha conducta se repetirá. El peligro inminente de daño a otros se puede demostrar al comprobar que la persona ha amenazado con hacerle daño y ha cometido actos que respaldan la amenaza de hacer daño o

El peligro inminente para sí mismo se debe demostrar estableciendo que en los últimos 30 días:

- (i) la persona ha actuado de tal manera que comprueba que él o ella no podrá, sin el cuidado, la supervisión o la asistencia continua de otros, satisfacer sus necesidades de alimento, cuidado personal o médico, vivienda o protección y seguridad y que existe probabilidad razonable de que en los próximos 30 días podría ocasionarse muerte, lesiones graves o debilitamiento físico, a menos que se le proporcione tratamiento adecuado, según lo dispuesto por ley, o
- (ii) la persona ha tratado de suicidarse y hay probabilidad razonable de suicidio a menos que se le proporcione tratamiento adecuado según lo dispuesto en esta ley. Para fines de esta subsección, el peligro inminente se puede demostrar por medio de comprobante de que la persona ha amenazado con suicidarse y ha cometido actos que respaldan esa amenaza de suicidarse o
- (iii) la persona se ha mutilado considerablemente o ha intentado mutilarse considerablemente y existe probabilidad razonable de mutilación a menos que se le dé tratamiento adecuado según las disposiciones de esta ley. Para fines de esta subsección, el peligro inminente se deberá establecer por medio de comprobante de que la persona ha amenazado con mutilarse y ha cometido actos que respaldan esa amenaza de mutilarse.

Describa detalladamente el comportamiento específico en los últimos 30 días que respalda su creencia (incluya el lugar, la fecha y la hora, siempre que sea posible, e indique quién observó el comportamiento):


Entiendo que es posible que yo tenga que dar una declaración en un tribunal sobre la información que proporcioné.

En base a la información que proporcioné arriba, yo pienso que \_\_\_\_\_

necesita un examen y tratamiento involuntarios. Yo solicito que: (marque A o B – Observe que solamente un médico, policía, administrador del condado, o su delegado puede marcar B).

- A.  El administrador del condado expide la orden judicial que autoriza que un policía o alguien que representa al administrador del condado lleve al paciente a una instalación para que lo examine y le dé tratamiento.

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE (con letra de imprenta)

TELÉFONO

- B.  Que este establecimiento examine al paciente para determinar si necesita tratamiento.

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL MÉDICO, POLICÍA,  
ADMINISTRADOR DEL CONDADO O REPRESENTANTE

FECHA

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y TÍTULO DEL MÉDICO, POLICÍA,  
ADMINISTRADOR DEL CONDADO O REPRESENTANTE (con letra de imprenta)

TELÉFONO

\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN

**PARTE II**  
**Autorización para transporte a un centro aprobado para ser examinado**  
**Sin orden judicial**  
**(Bajo la sección 302(a) (2))**

Para uso en situaciones de emergencia cuando el administrador autoriza verbalmente que una persona responsable lleve al paciente a un centro designado para ser examinado sin una orden judicial. Cuando se obtiene dicha autorización del administrador del condado (o la persona que éste designe) por teléfono, se necesita la siguiente documentación:

---

*NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITÓ LA AUTORIZACIÓN* *FECHA/HORA DE AUTORIZACIÓN*

---

*RAZÓN DE LA AUTORIZACIÓN VERBAL*

---

*NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE AUTORIZA*

Yo juro o afirmo que obtuve personalmente la autorización para transportar al paciente a \_\_\_\_\_ del

*(ESTABLECIMIENTO)*

administrador o su representante nombrado arriba y me informó que la documentación de esta llamada telefónica se encuentra en los expedientes del administrador.

---

*NOMBRE Y DIRECCIÓN* *RELACIÓN CON EL PACIENTE*

Parte III  
**ORDEN JUDICIAL**

(Marque A o B)

- A.  De conformidad con las protestas de \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL SOLICITANTE)
- lpor medio de la presente ordeno que \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA PERSONA)
- sea llevado(a) a y examinado(a) en \_\_\_\_\_ y si  
(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)
- es necesario, deberá ser admitido(a) en el establecimiento designado para recibir tratamiento por un plazo que no excederá 120 horas.

Nombre del establecimiento designado para tratamiento si otro establecimiento realizará el examen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CONDADO O SU REPRESENTANTE FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL CONDADO O SU REPRESENTANTE (con letra de imprenta)

**DENEGACIÓN DE LA ORDEN JUDICIAL**

- B. La solicitud del solicitante de una orden se le ha negado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CONDADO O REPRESENTANTE FECHA

---

---

Parte IV  
**LOS DERECHOS DEL PACIENTE**

Yo afirmo que cuando el paciente llegó a \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

le expliqué sus derechos. Estos derechos se describen en el formulario MH 783-A. Yo pienso que él o ella:

- entiende estos derechos.
- no entiende estos derechos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE LE EXPLICÓ SUS DERECHOS FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE EXPLICÓ SUS DERECHOS (con letra de imprenta)

PARTE V

**ACCIONES QUE SE HAN LLEVADO A CABO PARA PROTEGER LOS INTERESES DEL PACIENTE**

Yo afirmo que a mi mejor saber y entender las siguientes acciones que se llevaron a cabo constituyeron todos los pasos razonables necesarios para asegurar que mientras el paciente está detenido se atenderán las necesidades de salud y seguridad de sus dependientes y que sus bienes personales y el inmueble que ocupa estarán seguros.

Describa a continuación las acciones que se llevaron a cabo. Use hojas adicionales, si es necesario.


\_\_\_\_\_  
*FIRMA DEL MÉDICO, POLICÍA,  
ADMINISTRADOR DEL CONDADO O REPRESENTANTE*

\_\_\_\_\_  
*FECHA*

\_\_\_\_\_  
*NOMBRE Y TÍTULO DEL MÉDICO, POLICÍA,  
ADMINISTRADOR DEL CONDADO O REPRESENTANTE (con letra de imprenta)*

Parte VI  
**EXAMEN MEDICO**

Yo afirmo que \_\_\_\_\_ llegó a este establecimiento a las \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA PERSONA) (HORA EXACTA)  
y yo lo(a) examine a las \_\_\_\_\_.  
(HORA EXACTA)

**RESULTADOS DEL EXAMEN**

CONCLUSIONES: (Describa sus conclusiones detalladamente. Use hojas adicionales, si es necesario).

TRATAMIENTO NECESARIO: (Describa el tratamiento que el paciente necesita. Si es necesario, use hojas adicionales, si es necesario).

En mi opinión: (Marque A o B)

- A. A. El paciente tiene discapacidad mental grave y necesita tratamiento. Debe ser admitido(a) en el establecimiento designado por el administrador del condado para recibir tratamiento durante un plazo que no excederá 120 horas.
  
- B. B. El paciente no necesita tratamiento involuntario de emergencia. Deben regresarlo(a) al lugar que él o ella indique, dentro de lo razonable.

\_\_\_\_\_

*FIRMA DEL MÉDICO EXAMINANTE*

\_\_\_\_\_

*FECHA*

\_\_\_\_\_

*NOMBRE DEL MÉDICO EXAMINANTE (con letra de imprenta)*