

SOLICITUD DE TRATAMIENTO NO VOLUNTARIO A TRAVÉS DEL SISTEMA PENAL

LEY DE PROCEDIMIENTOS DE SALUD MENTAL DE 1976
(SECCIONES 304 Y 305 POR 403, 404 Ó 405)

(Los campos en blanco a continuación pueden completarse después del ingreso.)

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO	EDAD	SEXO
NOMBRE DEL PROGRAMA DEL CONDADO		NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO BASE		NÚMERO DE LA UNIDAD DE SERVICIO BASE	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		FECHA DE INGRESO		NÚMERO DE INGRESO	

INSTRUCCIONES

1. La Parte I, solicitud de una orden judicial, debe ser completada por el director del establecimiento (o su representante autorizado) en el que el paciente está actualmente detenido, el abogado del estado, el abogado del acusado o el administrador del condado.
2. La Parte II debe ser completada por las personas autorizadas por el director del establecimiento para explicar los derechos a los pacientes, si el paciente está actualmente en tratamiento. Si el paciente no está actualmente en tratamiento, debe ser completada por la institución penal o por el abogado del paciente.
3. La Parte III debe ser completada por el médico tratante o examinador. Si el paciente no está actualmente en tratamiento y no fue examinado por un médico, esta sección puede ser completada por orden del tribunal, de conformidad con la Sección 304 (c) (5) de la Ley 143.
4. La Parte IV debe ser completada por el tribunal si se desea que se use este formato.
5. Si necesita usar hojas adicionales, anote en este formulario la cantidad de hojas que adjuntó.
6. Si el paciente está actualmente en tratamiento no voluntario, adjunte una copia del plan de tratamiento y una copia del formulario 304 antes de enviar este formulario al tribunal.

AVISO IMPORTANTE

CUALQUIER PERSONA QUE, INTENCIONALMENTE, PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO PODRÁ SER OBJETO DE ACCIONES PENALES Y LAS CORRESPONDIENTES SANCIONES PENALES, QUE INCLUYEN LA CONDENA POR DELITO MENOR.

PARTE I
SOLICITUD DE UNA ORDEN JUDICIAL

_____ actuó de una manera tal que me hace creer que tiene una discapacidad mental grave.
(NOMBRE DEL PACIENTE)

- Él/ella fue examinado/a por _____ y se determinó que necesita tratamiento.
(NOMBRE DEL MÉDICO)
- Él/ella no fue examinado/a por un médico, pero creo que necesita tratamiento.

Por consiguiente, solicito que: (marque y complete A, B o C)

- A. Como el paciente actualmente no se encuentra en un establecimiento de salud mental recibiendo tratamiento, solicito a este tribunal que expida una orden de que el paciente sea internado de manera no voluntaria para:
 tratamiento como paciente externo, hospitalización parcial, tratamiento como paciente interno. (Un paciente solamente puede ser internado de manera no voluntaria si tiene una discapacidad mental grave). Una persona tiene una discapacidad mental grave cuando:

Como resultado de una enfermedad mental, su capacidad para ejercer el autocontrol, buen juicio y la discreción en sus asuntos y relaciones sociales o para atender sus propias necesidades personales está disminuida a tal punto que constituye un peligro, claro y presente, de daño a sí mismo o a otras personas.

El peligro claro y presente de daño a otras personas debe demostrarse estableciendo que, dentro de los últimos 30 días, la persona ha infligido, o intentado infligir, un daño corporal grave a otra persona y que existe una probabilidad razonable de que dicha conducta se repetirá. El peligro claro y presente de daño a otras personas puede demostrarse mediante pruebas de que la persona ha amenazado con hacer daño y ha cometido actos destinados a cumplir la amenaza de cometer un daño; o

El peligro claro y presente de daño a sí mismo debe demostrarse estableciendo que, dentro de los últimos 30 días:

- (i) la persona actuó de manera tal que demuestra que él/ella no sería capaz, sin cuidado, supervisión y asistencia continua de otros, de satisfacer sus necesidades de alimentación, cuidado personal o atención médica, vivienda o autoprotección y seguridad y que hay una probabilidad razonable de que en 30 días ocurra su muerte, un daño corporal grave o la debilitación física grave, a menos que se proporcione el tratamiento adecuado según la ley; o
- (ii) la persona intentó suicidarse y existe una probabilidad razonable de suicidio, a menos que se proporcione el tratamiento adecuado según esta ley. A efectos de esta subsección, el peligro claro y presente puede demostrarse mediante pruebas de que la persona ha amenazado con cometer suicidio y ha llevado a cabo actos destinados a cumplir la amenaza de cometer suicidio; o
- (iii) la persona se mutiló considerablemente a sí misma o intentó mutilarse considerablemente a sí misma y existe una probabilidad razonable de mutilación, a menos que se proporcione el tratamiento adecuado según esta ley. A efectos de esta subsección, el peligro claro y presente puede establecerse mediante pruebas de que la persona ha amenazado con mutilarse y ha cometido actos destinados a cumplir la amenaza de mutilación.

(Describa el comportamiento del paciente dentro de los últimos 30 días que hace que usted crea que tiene una discapacidad mental grave. Utilice hojas adicionales si es necesario.)

PARTE III

RESULTADOS DEL EXAMEN/RECONOCIMIENTO Y DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO (CONTINUADO)

Por la presente afirmo que he [examinado reexaminado] a _____
el _____ para determinar si [tiene continúa teniendo] una discapacidad mental grave
(FECHA) (NOMBRE DEL PACIENTE)
y necesita tratamiento.

RESULTADOS DEL EXAMEN/RECONOCIMIENTO

(Brinde todos los detalles sobre el examen/reconocimiento. Si la solicitud se basa en las secciones 304 (b) o 305, describa los detalles y presente evidencia de que el paciente continúa representado un peligro claro y presente para sí mismo o para los demás e indique de qué manera éste es el entorno de tratamiento menos restrictivo posible.)

CONCLUSIONES (Describa sus conclusiones en detalle, incluyendo los resultados que indiquen una discapacidad mental grave. Utilice hojas adicionales si es necesario.)

TRATAMIENTO NECESARIO (Describa el tratamiento que necesita el paciente. Utilice hojas adicionales si es necesario.)

En mi opinión: (marque A o B)

- A. El paciente tiene una discapacidad mental grave y necesita tratamiento (continuado).
- B. El paciente no necesita tratamiento no voluntario.

(FIRMA)

(TÍTULO)

(NOMBRE EN LETRA IMPRENTA)

(DIRECCIÓN)

La situación o estado de este paciente en el sistema penal es la siguiente: (Indique si hay acusaciones o cargos penales pendientes y si se ha dictado sentencia, en cuyo caso, especifique el período de la sentencia, si está supeditada a orden de detención, etc.)

Por consiguiente, una vez discontinuado el tratamiento de salud mental, la custodia del paciente estará a cargo de:

(Marque si corresponde) El establecimiento de salud mental podrá retener la custodia de este paciente por un período razonable de hasta 72 horas después de finalizado el plazo de internación y hasta que la persona, establecimiento o tribunal correspondiente asuma la custodia posterior al tratamiento, como se indica más arriba.

B. Otro:

(Marque la opción que corresponda)

El paciente fue representado por _____
(NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ABOGADO)

El paciente se negó a ser representado.

Por el Tribunal _____

(TÍTULO)