

# SOLICITUD PARA EXTENSIÓN DEL TRATAMIENTO INVOLUNTARIO

**LEY DE TRAMITES PARA TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO DE 1976  
(SECCIÓN 303)**  
(Los espacios en blanco a continuación se pueden completar después de la internación)

NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE	APELLIDO PATERNO	NOMBRE DE PILA	INICIAL	EDAD	SEXO
NOMBRE DEL PROGRAMA DE CONDADO		NOMBRE DE UNIDAD BSU		Nº DE BSU	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		FECHA DE INTERNACIÓN		Nº DE INTERNACIÓN	

## INSTRUCCIONES

1. La Parte I la debe completar el peticionario. El peticionario por lo general es el director, director interino, o un empleado debidamente designado en la institución donde el paciente está recluído.
2. La Parte II la debe completar una persona autorizada por el director de la institución para que le explique sus derechos al paciente.
3. La Parte III la debe completar el médico que examinó al paciente.
4. La Parte IV la debe completar el juez, a un Oficial de Revisión Psiquiátrica.
5. Si se necesitan hojas adicionales, anote en esta forma el número de páginas adjuntadas.
6. Ajunte una copia del plan de tratamiento y la forma 302 a esta solicitud antes de entregarla en el juzgado.
7. El paciente debe recibir una copia de MH 784-A, una copia de esta petición, y una copia de la Parte I o de la forma 302 cuando esta forma - la 303 - se registre en la corte.
8. Si el paciente está sujeto a proceso criminal o detención, describalo brevemente abajo.

---

---

---

## NOTICIA IMPORTANTE

**CUALQUIER PERSONA QUE PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA A PROPÓSITO AL COMPLETAR ESTA FORMA PODRÍA ESTAR SUJETA A ACCIÓN JUDICIAL Y POSIBLES MULTAS, ENTRE ELLAS UNA CONDENA DE DELITO MENOR**

**PARTE I**  
**PETICIÓN DE DECLARACIÓN DE DEMENCIA**

\_\_\_\_\_ ha actuado de tal manera que una persona  
NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE

a cargo del paciente le cree mentalmente incapacitada tal como esta especificado en la forma 302. El paciente fue admitido a \_\_\_\_\_ para evaluación y tratamiento involuntarios de  
(NOMBRE DE LA INSTITUCION)

emergencia el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ en virtud de la Sección 302. El/ella examinado por  
(FECHA) (HORA EXACTA)

\_\_\_\_\_ quien determinó que el/la paciente requiere tratamineto ininterrumpido.  
(NOMBRE DEL MEDICO)

Por lo tanto, solicito respetuosamente que él/ella sea declarado en estado demente por el tribunal con el fin de que reci-  
ba tratamiento involuntario de emergencia prolongado en virtud de la Sección 302.

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL PETICIONARIO) \_\_\_\_\_ (FECHA)

\_\_\_\_\_  
(CARGO DEL PETICIONARIO)

**PARTE II**  
**LOS DERECHOS DEL PACIENTE**

Declaro que he informado al paciente de las medidas que estoy tomando y que le he explicado al paciente estos trámites y sus derechos de conformidad con la forma MH 784-A. Me parece que él/ella  entiende,  no entiende esos derechos.

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL PETICIONARIO) \_\_\_\_\_ (FECHA)

**PARTE III**  
**EVALUACIÓN DEL MEDICO**

Por medio de la presente declaro que examiné a \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL PACIENTE)

\_\_\_\_\_ para determinar si él/ella sigue estando gravemente enfermo(a) de la mente y necesitado de  
(FECHA) tratamiento.

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**  
**Resultados: (Describe los resultados en detalle. Use hojas adicionales si necesario.)**

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

**TRATAMIENTO NECESARIO:** (Describa el tratamiento que requiere el paciente. Continúe en hojas adicionales si es necesario.)

---

---

---

---

---

---

---

---

En mi opinión: (Marque A o B)

- A.  El paciente sigue gravemente enfermo de la mente y requiere tratamiento.  
B.  El paciente no está gravemente enfermo de la mente y no necesita tratamiento.

---

(FIRMA DEL MEDICO EXAMINADOR O EL DEL TRATAMIENTO)

(FECHA)

---

### PARTE IV

#### DECLARACIÓN DE DEMENCIA POR EL TRIBUNAL PARA EXTENSIÓN DEL TRATAMIENTO INVOLUNTARIO DE EMERGENCIA - SECCIÓN 303

En el Tribunal de \_\_\_\_\_ del Condado de \_\_\_\_\_

En ref. a: \_\_\_\_\_ término, del 20

\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

#### DECLARACIÓN DE DEMENCIA PARA TRATAMIENTO EXTENDIDO

Este el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ después de oír y considerar: (Detalles de los resultados. Incluya detalles sobre el tipo de tratamiento y qué se necesita. Adjunte reportes, testimonio, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

El tribunal falló que el/la paciente  está  no está gravemente enfermo de la mente y necesitado de tratamiento. Por consiguiente, el tribunal dispone que: (Marque A o B a continuación.)

- A.  \_\_\_\_\_ reciba tratamiento:  como paciente ambulatorio  
 como paciente en hospitalización parcial  
 como paciente internado

en cual es el tratamiento menos restrictivo y apropiado para el paciente en  
\_\_\_\_\_ en su calidad de persona gravemente enferma  
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN)  
de conformidad con las disposiciones de la Ley de Trámites para Tratamiento  
Psiquiátrico de 1976 por un periodo de \_\_\_\_\_  
(NO DEBE EXCEDER 20 DÍAS)

- B.  La persona no está sujeta a tratamiento involuntario.

Le expliqué al/a la paciente que si su conferencia fue ante un Oficial de Revisión Psiquiátrica él/ella puede elevar una petición ante el tribunal solicitando una revisión de las decisiones adoptadas en esa conferencia.

(Marque la casilla correspondiente)

El/la paciente fue representado por \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL ABOGADO DIRECCIÓN DEL ABOGADO)

El/la paciente rehusó la representación.

por el tribunal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(CARGO)