

**EN EL TRIBUNAL DEL CIRCUITO DEL
ESTADO DE OREGÓN
PARA EL CONDADO DE MARION**

En el asunto de _____) NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL
)
)
)
Persona que presuntamente padece)
una enfermedad mental)

AL (LA) JUEZ(A) DEL JUZGADO DEL CIRCUITO:

El (La) o los (las) abajo firmantes, cada uno(a) habiendo prestado juramento, dice que:

_____, estando actualmente en el condado mencionado arriba y en el Estado de Oregon, es una persona mentalmente enferma (vea la definición establecida por la ley en el reverso) porque:

y necesita tratamiento, atención y custodia.

(Firma)

(Firma)

(Nombre en letra de molde/relación)

(Nombre en letra de molde/relación)

(Domicilio)

(Domicilio)

(Ciudad)

(Ciudad)

(Número telefónico)

(Número telefónico)

Suscrito bajo juramento en mi presencia este día _____ de _____ de 20____

Notario Público para Oregon

Mi comisión caduca en _____

ENFERMO(A) MENTAL
(Definición)

ORS 426.005 "Persona mentalmente enferma" significa una persona que, debido a un trastorno mental, es:

- a. Peligrosa para sí misma u otros; o
- b. Incapaz de proporcionarse sus necesidades personales por sí misma y no está recibiendo la atención necesaria para su salud y protección.

Las siguientes son otras partes interesadas:

<u>Nombre:</u>	<u>Relación</u>	<u>Domicilio</u>	<u>Número telefónico</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Original: Tribunal

Copia: Director(a) del Programa de Salud Mental del Condado o su Designado(a)

3. Marque los rasgos o conductas que describen a esta persona actualmente:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Postrado(a) en cama | <input type="checkbox"/> Tenso(a) o temeroso(a) | <input type="checkbox"/> Desaliñado(a) |
| <input type="checkbox"/> Excitado(a) o agitado(a) | <input type="checkbox"/> Deprimido(a) | <input type="checkbox"/> Violento(a) |
| <input type="checkbox"/> Suicida | <input type="checkbox"/> Apático(a) o indiferente | <input type="checkbox"/> Homicida |
| <input type="checkbox"/> Hostil o sospechoso(a) | <input type="checkbox"/> Confuso(a), divagante, desorganizado(a) en su pensar o hablar | |
| <input type="checkbox"/> Aparentemente ve o escucha cosas que no están ahí | | |
| <input type="checkbox"/> Cree sin razón que la gente está en su contra | | |
| <input type="checkbox"/> Se retrae física o psicológicamente de los demás | | |

4. Describa cualquiera de los rasgos o conductas que mencionó arriba (si necesita espacio adicional, use la última página).

5. ¿Cómo y cuándo empezaron estos problemas? Gradualmente Repentinamente
Por favor, explique:

6. Describa alguna situación o incidente reciente que pudiera haber causado estos problemas:

7. Describa cómo era esta persona antes del comienzo de estos problemas mentales:

Bien adaptado(a) Inestable Por favor, explique:

8. ¿Ha sido esta persona paciente en alguna clínica de salud mental, ha visto a algún médico privado o terapeuta, o ha estado hospitalizado o en algún otro centro que da servicios a personas con trastornos mentales? () Sí () No. En caso afirmativo, ¿a quién, dónde y cuándo?

9. ¿Qué medicamentos toma esta persona actualmente? Incluya tanto los que le han recetado como los que no.

10. ¿Qué medicamento le han recetado a esta persona que no se esté tomando?

11. ¿Ha estado esta persona abusando del alcohol o de alguna droga o se ha hecho adicta a éstos?

12. ¿Ha mostrado esta persona alguna conducta antisocial (como quebrantar la ley o las costumbres sociales importantes)? () Sí () No En caso afirmativo, escriba una lista de cualquier arresto reciente y relevante, la condena y cuando.

13. ¿Tiene esta persona cargos delictivos o civiles en su contra en este momento?
() Sí () No En caso afirmativo, explique.

14. ¿Ha tenido esta persona alguna enfermedad reciente o crónica, o algún accidente grave?
() Sí () No En caso afirmativo, explique.

15. ¿Tiene esta persona algún defecto físico o deformidad? () Sí () No

16. ¿Requiere esta persona de alguna ayuda inusual para su cuidado personal? () Sí () No

C. INFORMACIÓN ADICIONAL

1. ¿Ha habido algún otro miembro de la familia inmediata de esta persona que haya tenido algún trastorno mental? () Sí () No Por favor, explique.

2. Proporcione los nombres y domicilios de parientes o amigos(as) que tengan interés en el bienestar de esta persona.

<u>Nombre</u>	Parentesco	<u>Domicilio</u>	<u>Teléfono</u>
---------------	------------	------------------	-----------------

3. ¿Qué agencias sociales están interesadas e involucradas en esta persona o familia? Proporcione el nombre, domicilio y tipo de agencia interesada.

4. Nombre y domicilio del médico familiar.

5. Durante esta enfermedad actual, ¿qué planes se han considerado además del internamiento?

6. ¿Cuál sería la actitud de esta persona en caso de sugerir su hospitalización?

¿Y en caso de que se le quiera internar? _____

D. PERSONA(S) QUE PROPORCIONÓ(ARON) ESTA INFORMACIÓN:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

¿Por cuánto tiempo ha conocido usted a esta persona? _____

¿Qué tan bien la conoce? _____

HOJA DE DESCRIPCIÓN

(para complementar los Antecedentes del Caso de N.M.I.)
(N.M.I. - Notificación de enfermedad mental por sus siglas en ingles))

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

ESTATURA: _____ PESO: _____ COLOR DE PELO: _____ COLOR DE OJOS: _____

CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS: (cicatrices, tatuajes, barba, etc.)

OTRAS PERSONAS EN ESTE DOMICILIO: _____

¿ESTA PERSONA MANEJA UN COCHE? SÍ () NO ()

EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA EL COCHE: MARCA Y MODELO

AÑO: _____ COLOR: _____ # DE PLACAS: _____

INDICACIONES PARA LLEGAR AL LUGAR DE RESIDENCIA, EN CASO DE ESTAR FUERA DE
LOS LÍMITES DE LA CIUDAD O SI ES DIFÍCIL DE UBICAR:

DESCRIPCIÓN DE LA RESIDENCIA:

