# CONFIDENCIAL

**CARE-101 S**

| ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO: | NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS: | *SOLO PARA USO DE LA CORTE* |
|---|---|---|
| NOMBRE: | | |
| NOMBRE DE LA FIRMA: | | |
| DIRECCIÓN (calle y número): | | |
| CIUDAD: | ESTADO: CÓDIGO POSTAL: | ***Solo para información*** |
| TELÉFONO: | FAX: | |
| EMAIL: | | |
| ABOGADO DE *(nombre)*: | | |
| **CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE** | | ***No entregue a la corte*** |
| DIRECCIÓN (calle y número): | | |
| DIRECCIÓN POSTAL: | | |
| CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: | | |
| NOMBRE DE SUCURSAL: | | |
| PROCESO DE LA LEY CARE PARA *(nombre)*: DEMANDADO | | |
| **DECLARACIÓN DE SALUD MENTAL—PROCESO DE LA LEY CARE** | | NÚMERO DE CASO: ***No entregue a la corte*** |

**AL PROFESIONAL AUTORIZADO DE LA SALUD CONDUCTUAL**

Este formulario se usará para ayudar al juez a determinar si el demandado cumple con los criterios de diagnóstico para el proceso de la Ley CARE.

## INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre del declarante:

2. Dirección de la oficina, número de teléfono y dirección de email:

3. **Estatus de licencia** *(complete a o b):*

   a. ☐ Soy un profesional autorizado de la salud conductual y realizar el examen descrito en este formulario está dentro del alcance de mi licencia. Tengo una licencia válida de California como *(marque una):*

      (1) ☐ médico.
      (2) ☐ psicólogo.
      (3) ☐ trabajador social clínico.
      (4) ☐ terapeuta matrimonial y familiar.
      (5) ☐ consejero clínico profesional.
      (6) ☐ enfermero de práctica avanzada.
      (7) ☐ asistente médico.

   b. ☐ El Departamento Estatal de Servicios de Atención Médica me ha otorgado una exención de licencia conforme al Código de Bienestar e Instituciones, sección 5751.2 porque *(explique):*

   c. Mi número de licencia es *(si corresponde):*

4. El demandado *(nombre):*
   ☐ es ☐ no es un paciente bajo mi cuidado y tratamiento continuos.

| PROCESO DE LA LEY CARE PARA *(nombre):* | NÚMERO DE CASO: |
|---|---|
| ***Solo para información*** DEMANDADO | ***No entregue a la corte*** |

**EXAMEN O INTENTOS DE EXAMINAR AL DEMANDADO**

5. Complete una de las siguientes opciones: *(tanto a como b deben realizarse en un plazo de 60 días después de haber presentado la petición bajo la Ley CARE)*
   a. ☐ Examiné al demandado el *(fecha):* *(pase al punto 7).*
   b. ☐ En las siguientes fechas: intenté examinar al demandado, pero no tuve éxito debido a la falta de cooperación del demandado para someterse al examen.

6. *(Responda solo si marcó la casilla 5b).* Explique detalladamente cuándo, cuántos intentos y qué tipos de intentos se hicieron para examinar al demandado. Explique también la respuesta del demandado a esos intentos y el resultado de cada uno de ellos.

7. Con base en la siguiente información, tengo razones para creer que el demandado cumple los criterios de diagnóstico para el proceso de la Ley CARE *(**se tiene que** cumplir cada uno de los siguientes requisitos para que el demandado califique para el proceso de la Ley CARE):*
   a. El demandado tiene un diagnóstico definido en el actual *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico de la misma clase, o trastorno bipolar I con características psicóticas, excepto una psicosis relacionada con una intoxicación actual *(indique el trastorno específico):*

   **Nota:** Conforme al Código de Bienestar e Instituciones, sección 5972, un trastorno psicótico calificado tiene que ser principalmente de naturaleza psiquiátrica y no debido a una condición médica como una lesión cerebral traumática, autismo, demencia o una condición neurológica. Una persona que tenga un diagnóstico actual de trastorno por uso de sustancias sin cumplir también los demás criterios reglamentarios, incluido un trastorno psicótico, no califica.

   b. El demandado padece un trastorno mental grave que *(se tiene que completar **todo** lo siguiente):*
      (1) es grave en grado y persistente en duración *(explique detalladamente):*

| PROCESO DE LA LEY CARE PARA *(nombre):* | NÚMERO DE CASO: |
|---|---|
| ***Solo para información*** DEMANDADO | ***No entregue a la corte*** |

7. b. (2) puede causar un comportamiento que interfiere sustancialmente con las actividades primarias de la vida diaria *(explique detalladamente):*

(3) puede resultar en una incapacidad para mantener una adaptación estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación durante un periodo largo o indefinido *(explique detalladamente):*

c. El demandado no está estabilizado clínicamente en un tratamiento voluntario en curso. Un demandado está clínicamente estabilizado en un tratamiento en curso si se cumplen las dos situaciones siguientes:
(1) la condición del demandado es estable y no se está deteriorando, y
(2) el demandado está actualmente en tratamiento y está manejando sus síntomas con medicamentos u otras intervenciones terapéuticas.
*(Explique detalladamente):*

d. Al menos una de estas declaraciones es cierta *(complete una o ambas de las siguientes):*

(1) ☐ Es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad sin supervisión **y** su condición se está deteriorando sustancialmente *(explique detalladamente):*

(2) ☐ El demandado necesita servicios y apoyos para evitar una recaída o un deterioro que podría resultar en una discapacidad grave o causar daños graves al demandado o a otras personas *(explique detalladamente):*

| PROCESO DE LA LEY CARE PARA *(nombre):* | NÚMERO DE CASO: |
|---|---|
| ***Solo para información*** DEMANDADO | ***No entregue a la corte*** |

7. e. La participación en un plan CARE o en un acuerdo CARE sería la alternativa menos restrictiva necesaria para asegurar la recuperación y la estabilidad del demandado *(explique detalladamente):*

f. Es probable que el demandado se beneficie de la participación en un plan CARE o en un acuerdo CARE *(explique detalladamente):*

8. ☐ La información adicional sobre mi examen del demandado ☐ es la siguiente ☐ se encuentra en el Adjunto 8.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha:

Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del declarante

Firma del declarante



**Para su protección y privacidad, presione el botón "Borrar" después de imprimir el formulario.**

Imprimir Guardar Borrar