

LEY DE PROCEDIMIENTOS DE SALUD MENTAL DE 1976

(SECCIONES 304 Y 305)

(Los siguientes espacios en blanco pueden llenarse después de la admisión)

NOMBRE DEL PACIENTE	APELLIDO	NOMBRE	2.º NOMBRE	EDAD	SEXO
NOMBRE DEL PROGRAMA DEL CONDADO		NOMBRE DE LA BSU		N.º DE BSU	
NOMBRE DEL CENTRO		FECHA DE ADMISIÓN		N.º DE ADMISIÓN	

INSTRUCCIONES

1. **Llene la Parte I(a) para solicitar tratamiento ambulatorio involuntario, hospitalización parcial o tratamiento intrahospitalario conforme a la Sección 304(b) o (c).** Si el paciente está recibiendo tratamiento actualmente, esta sección debe ser llenada por el director del centro o su representante autorizado. Si la persona no está recibiendo tratamiento actualmente, esta sección puede ser llenada por cualquier parte responsable.

Llene la Parte I(b) para solicitar tratamiento ambulatorio asistido (AOT) conforme a la Sección 304(c.1) para un paciente que está recibiendo tratamiento actualmente o conforme a la Sección 305 (c) para pacientes que están recibiendo un AOT actualmente. Esta sección debe ser llenada por el administrador del condado, el equipo del tratamiento o el director del centro o su representante autorizado.

2. La Parte II debe ser llenada por personas autorizadas por el director del centro a fin de explicar los derechos al paciente si éste está recibiendo tratamiento actualmente. Si el paciente no está recibiendo tratamiento actualmente, debe dejarse en blanco. (Vea N.º 7 a continuación).
3. La Parte III debe llenarse con base en un examen actual. Si el paciente no está recibiendo tratamiento actualmente y no ha sido examinado, esta sección puede ser llenada por orden del tribunal conforme a la Sección 304 (c) (5) de la Ley 143.
4. La Parte IV debe ser llenada por el tribunal.
5. Si se necesitan hojas adicionales en cualquier momento, anote en este formulario el número de páginas que se adjuntan.
6. Adjunte una copia del plan de tratamiento (de haberlo) y copias de los formularios 302, 303 y 304 si se llenaron antes de la entrega de este formulario al tribunal.
7. Si un paciente no está recibiendo tratamiento actualmente, él/ella recibirá una copia del formulario MH 785-B y una copia de esta solicitud cuando se le notifique sobre esta audiencia.
8. Si el paciente está sujeto a trámites penales/arresto describa brevemente a continuación. Tenga en cuenta el uso especial del formulario MH 786 para disposiciones penales especiales.

AVISO IMPORTANTE

CUALQUIER PERSONA QUE PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA DELIBERADAMENTE AL LLENAR ESTE FORMULARIO PUEDE SER SUJETA A PROCESOS PENALES Y PUEDE ENFRENTAR SANCIONES PENALES, INCLUYENDO UNA CONDENA POR DELITO MENOR.

PARTE I(a)
SOLICITUD PARA UNA ORDEN JUDICIAL

_____ ha actuado de tal manera que tengo motivos para pensar
(NOMBRE DEL PACIENTE)

que él/ella tiene una discapacidad mental grave.

Él/ella ha sido examinado(a) por _____ y se determinó que necesita recibir tratamiento.
(NOMBRE DEL MÉDICO)

Él/ella no ha sido examinado(a) por un médico, pero creo que necesita recibir tratamiento.

Por lo tanto, solicito que: (Marque y llene A, B, C, D o E)

A. Puesto que el paciente actualmente está en _____ recibiendo tratamiento
(304b) (NOMBRE DEL CENTRO)

involuntario conforme a la Sección 303, solicito que el tribunal emita una orden para que el paciente sea internado involuntariamente para recibir:

tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial, tratamiento intrahospitalario.

B. Puesto que el paciente actualmente está en _____ recibiendo tratamiento
(305) (NOMBRE DEL CENTRO)

involuntario conforme a la Sección 304, solicito que el tribunal emita una orden para que el paciente sea internado involuntariamente para otro periodo de:

tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial, tratamiento intrahospitalario.

C. Puesto que el paciente no está recibiendo tratamiento actualmente en un centro, pido a
(304c) este tribunal que emita una orden para que el paciente sea internado involuntariamente para recibir:

tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial, tratamiento intrahospitalario.

D. Puesto que el paciente está actualmente en un centro recibiendo tratamiento voluntario,
(304c) pido a este tribunal que emita una orden para que el paciente sea internado involuntariamente para recibir:

tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial, tratamiento intrahospitalario.

(Si el paciente está recibiendo actualmente un tratamiento voluntario en hospital y ha proporcionado una notificación por escrito de solicitud para retirarse del tratamiento, el centro no deberá retener al paciente de manera involuntaria por más de 72 horas sin proceder conforme a la Sección 302. (Vea 50 P.S. § 7304 (c) (6) y 55 Código de Pa. §§ 5100.76 (a-c)).

E. Puesto que el paciente está actualmente en un centro recibiendo tratamiento de manera
(304g) involuntaria, pido a este tribunal que emita una orden para que el paciente sea internado involuntariamente para recibir:

tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial, tratamiento intrahospitalario.

Un paciente solo puede ser internado involuntariamente si tiene una discapacidad mental grave.

Una persona tiene una discapacidad mental grave cuando, como resultado de una enfermedad mental, su capacidad para ejercer autocontrol, juicio y discreción en la gestión de sus asuntos y relaciones sociales o para cuidar de sus propias necesidades personales tiene un grado de disminución tal que él/ella representa un peligro claro e inminente de daños a otros o a sí misma.

El peligro claro e inminente para otros debe demostrarse estableciendo que en los últimos 30 días la persona ha infligido o intentado infligir daño corporal grave a otra persona y que existe una probabilidad razonable de que dicho comportamiento se repetirá. Un peligro claro e inminente de daño a otros puede demostrarse con pruebas de que esa persona ha hecho amenazas de daño o ha cometido actos para llevar a cabo la amenaza de hacer daño; o

Un peligro claro e inminente para sí mismo debe demostrarse estableciendo que en los últimos 30 días:

- (i) la persona ha actuado de manera tal que indica que él/ella no podría, sin cuidados, supervisión y asistencia continua de otros, satisfacer sus necesidades de nutrición, cuidados personales o médicos, alojamiento o autoprotección y seguridad, y que existe una probabilidad razonable de que la muerte, lesiones corporales graves o debilitamiento físico grave ocurrirían en un periodo de 30 días a menos que se le proporcione tratamiento adecuado conforme a la ley; o
- (ii) la persona tiene un intento de suicidio y que existe la probabilidad razonable del suicidio a menos que se le proporcione tratamiento adecuado conforme a esta ley. Para los fines de esta subsección, un peligro claro e inminente puede demostrarse mediante pruebas de que la persona ha amenazado con suicidarse y ha cometido actos para llevar a cabo la amenaza de suicidarse; o
- (iii) la persona se ha mutilado a sí misma significativamente o ha intentado mutilarse significativamente y existe una probabilidad razonable de mutilación a menos que se le proporcione tratamiento adecuado conforme a esta ley. Para los fines de esta subsección, un peligro claro e inminente debe establecerse mediante pruebas de que la persona ha amenazado con mutilarse y ha cometido actos para llevar a cabo la amenaza de mutilarse.

Describa la conducta específica del paciente en los últimos treinta (30) días que lo hizo pensar que él/ella tiene una discapacidad mental grave. Use hojas adicionales si es necesario.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Dirección

Teléfono

PARTE I (b)

SOLICITUD PARA UNA ORDEN JUDICIAL PARA TRATAMIENTO AMBULATORIO ASISTIDO (AOT)

El paciente fue examinado por _____
(304 c.1) (Nombre del psiquiatra o psicólogo clínico certificado)
y se determinó que ya no se necesita tratamiento intrahospitalario involuntario conforme a la Sección 301(b)(1) o (2) o tratamiento en un centro pericial o institución penal. Creo que esta persona necesita AOT conforme a la Sección 301(c).

El paciente actualmente está recibiendo AOT proporcionado por _____.
(305 c) (NOMBRE DEL CENTRO)
Creo que esta persona necesita un periodo adicional de AOT conforme a la Sección 301(c).

AOT se define como servicios de tratamiento ambulatorio para la salud médica, social y del comportamiento basados en la comunidad y ordenados por el tribunal para una persona con una enfermedad mental grave que puede incluir tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario, terapia individual o grupal, servicios de apoyo de pares, servicios financieros, alojamiento o servicios de vida supervisada, tratamiento por abuso concurrente de sustancias o alcohol y cualquier otro servicio indicado para tratar la enfermedad mental de la persona.

El paciente continúa necesitando tratamiento conforme al AOT con base en evidencia clara y convincente de que el siguiente comportamiento **en su totalidad** ha ocurrido:

- (i) Es poco probable que la persona sobreviva de manera segura en la comunidad sin supervisión con base en una determinación clínica.
- (ii) La persona tiene un historial de falta de adherencia voluntaria al tratamiento para la enfermedad mental y uno de los siguientes aplica:
 - A. En un plazo de 12 meses previo a la presentación de esta solicitud para pedir un AOT, la falta de adherencia de la persona al tratamiento ha sido un factor significativo para necesitar hospitalización involuntaria o recepción de servicios en una unidad pericial u otra unidad de salud mental de un centro penal, siempre que el periodo de 12 meses se extienda por la duración de cualquier hospitalización o encarcelamiento de la persona en una institución penal que haya ocurrido dentro del periodo de 12 meses.
 - B. En un plazo de 48 meses previo a la presentación de esta solicitud para pedir un AOT ordenado por el tribunal, la falta de adherencia de la persona al tratamiento resultó en uno o más actos de comportamiento violento grave hacia otros o sí mismo(a) o amenazas, o intentos, de daño físico grave a otros o a sí mismo(a), siempre que el periodo de 48 meses se extienda por la duración de cualquier hospitalización o encarcelamiento de la persona en una institución penal que haya ocurrido dentro del periodo de 48 meses.
- (iii) Debido a su enfermedad mental, es poco probable que la persona participe de manera voluntaria en el tratamiento necesario y anteriormente se le habían ofrecido servicios de tratamiento voluntario, pero no aceptó o se rehusó a participar de manera continua en un tratamiento voluntario, siempre que la

aceptación voluntaria de una persona para recibir los servicios durante el procedimiento de una solicitud para recibir AOT no impida que el tribunal ordene el AOT para esa persona si existe evidencia razonable de que sea poco probable que la persona haga un compromiso sostenido voluntario y permanezca en un programa de tratamiento.

(iv) Con base en el historial de tratamientos de la persona y el comportamiento actual, la persona necesita tratamiento a fin de evitar una recaída o deterioro que probablemente resultaría en un riesgo significativo de daño grave a otros o sí mismo(a).

Describa el comportamiento específico del paciente para cada uno de los criterios enumerados en (i) a (iv), que hace que usted piense que él/ella tiene una enfermedad mental grave y necesita un AOT.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Dirección

Teléfono

**PARTE II
DERECHOS DEL PACIENTE**

Confirmando que he informado al paciente de las medidas que estoy tomando y he explicado al paciente estos procedimientos y sus derechos como se describen en el formulario MH 785-A, y para el AOT, el formulario MH-789-B.

Considero que él/ella entiende sus derechos, no entiende sus derechos.

(Firma de la persona que explica los derechos)

(Fecha)

**PARTE III
RESULTADOS DEL EXAMEN Y DETERMINACIÓN DE LA
NECESIDAD DE TRATAMIENTO (CONTINUO)**

Confirmando por medio del presente que he examinado vuelto a examinar a _____ el _____ para determinar si él/ella continúa teniendo una discapacidad mental grave y necesita tratamiento.

(NOMBRE DEL PACIENTE)

(FECHA)

RESULTADOS DEL EXAMEN

Proporcione detalles completos del examen. Si la solicitud es para 304 o 305 conforme a la Parte I (a) describa los detalles proporcionando evidencia de que el paciente es o continúa siendo un **peligro claro e inminente** para sí mismo(a) u otros e indique cómo este es el entorno de tratamiento menos restrictivo posible.

Si la solicitud es para 304 o 305 conforme a la Parte I(b), describa la **evidencia clara y convincente** de que la persona necesita y se beneficiaría del AOT.

HALLAZGOS: (Describa sus hallazgos a detalle incluyendo sus hallazgos de una discapacidad mental grave. Use hojas adicionales si es necesario).

TRATAMIENTO NECESARIO:

Si se llenó la Parte I (a) de la solicitud, describa el tratamiento que necesita el paciente. Use hojas adicionales si es necesario.

Si se llenó la Parte I (b) de la solicitud, describa el tratamiento que necesita el paciente y prepare un Plan de AOT (formulario MH-790) que se proporcionará al tribunal a más tardar en la fecha de la audiencia.

En mi opinión: (Marque A, B, C, D o E)

- A. El paciente tiene una enfermedad mental grave y necesita tratamiento involuntario continuo ya sea en un programa intrahospitalario programa ambulatorio o programa de hospitalización parcial conforme a la Sección 301(b)(1) o (2).
- B. El paciente tiene una enfermedad mental grave y necesita tratamiento involuntario ya sea en un programa intrahospitalario programa ambulatorio o programa de hospitalización parcial conforme a la Sección 304 (c).
- C. El paciente tiene una enfermedad mental grave y se beneficiaría del AOT conforme a la Sección 301 (c).
- D. El paciente tiene una enfermedad mental grave y se beneficiaría del AOT conforme a la Sección 304 (g).
- E. El paciente no necesita tratamiento involuntario.

<hr/> <small>(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL MÉDICO QUE REALIZÓ EL EXAMEN)</small>	<hr/> <small>(FECHA)</small>
<hr/> <small>(FIRMA DEL MÉDICO QUE REALIZÓ EL EXAMEN)</small>	<hr/> <small>(FECHA)</small>
<hr/> <small>(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL PSIQUIATRA QUE REALIZÓ EL EXAMEN O PSICÓLOGO CLÍNICO CERTIFICADO CUANDO SE MARCA EL CUADRO C PARA AOT)</small>	<hr/> <small>(FECHA)</small>
<hr/> <small>(FIRMA DEL PSIQUIATRA QUE REALIZÓ EL EXAMEN O PSICÓLOGO CLÍNICO CERTIFICADO CUANDO SE MARCA EL CUADRO C PARA AOT)</small>	<hr/> <small>(FECHA)</small>

*Nota: El examen para determinar si el paciente se beneficiaría del AOT debe ser llevado a cabo por un psiquiatra o psicólogo clínico certificado, otros exámenes deben ser realizados por un médico.

* Nota: La información sobre el tratamiento del Trastorno por consumo de sustancias (SUD) está sujeta a los requisitos de confidencialidad específicos conforme a la ley estatal y federal, incluyendo 71 P.S. § 1690.108 y 42 CFR § 2.64. Si la persona que está sujeta a la solicitud de AOT no acepta divulgar la información confidencial del tratamiento del SUD al tribunal o a los abogados, debe presentarse una solicitud de autorización aparte ante el tribunal y obtener una orden previa a la divulgación.

PARTE IV ORDEN PARA TRATAMIENTO INVOLUNTARIO

Marque una opción:

- Orden para tratamiento involuntario conforme a la Sección 304 (b) no mayor a 90 días.
- Orden para tratamiento involuntario conforme a la Sección 304 (c) no mayor a 90 días.
- Orden para tratamiento involuntario conforme a la Sección 304 (g) no mayor a 90 días.
- Orden para tratamiento involuntario conforme a la Sección 305 no mayor a 180 días.
- Orden para tratamiento involuntario conforme a la Sección 304 (g) (2) no mayor a 1 año.
- Orden para AOT conforme a la Sección 304 (c.1) o 304 (g) no mayor a 90 días.
- Orden para AOT conforme a la Sección 304 (g) (5) no mayor a 180 días.
- Orden para AOT conforme a la Sección 305 (c) no mayor a 180 días.

En el tribunal de _____ del Condado _____

_____ vigencia, 20 ____

Con respecto a: _____ N.º _____

El ____ día de _____ de 20 _____ después de la audiencia y en consideración de: (Detalles de hallazgos. Incluya detalles sobre por qué se necesita el tratamiento. Adjunte informes, testimonios, plan de tratamiento del AOT (formulario MH-790), etc.)

El tribunal determina que el paciente tiene no tiene una discapacidad mental grave y necesita tratamiento (continuo). Por lo tanto, el tribunal ordena que: (Marque el cuadro A o B a continuación)

A. _____ reciba:

(NOMBRE DEL PACIENTE)

- Tratamiento intrahospitalario
- Tratamiento ambulatorio
- Hospitalización parcial
- AOT

como una persona con una discapacidad mental grave de conformidad con las disposiciones de la Ley de Procedimientos de Salud Mental de 1976 por un periodo no mayor a _____ días. Actualmente, este entorno de tratamiento es el menos restrictivo apropiado para el paciente.

(Marque el cuadro correspondiente)

La persona está no está sujeta al manejo con medicamentos conforme a una orden de AOT. Si la persona está sujeta a un manejo con medicamentos como parte de una orden de AOT, el médico tratante en el centro de AOT designado está autorizado para realizar un manejo con medicamentos rutinario incluyendo el ajuste de medicamentos y dosis, en consulta con la persona sujeta a esta orden y según lo justifiquen los cambios en las condiciones médicas de la persona.

B. La persona no está sujeta a tratamiento involuntario.

(Marque el cuadro correspondiente)

El paciente fue representado por _____

(NOMBRE DEL ABOGADO)

(DIRECCIÓN DEL ABOGADO)

El paciente rechazó representación.

**(SI LA AUDIENCIA ES
LLEVADA A CABO POR UN
FUNCIONARIO DE REVISIÓN
DE SALUD MENTAL)**

para el tribunal _____

(FUNCIONARIO DE REVISIÓN DE SALUD MENTAL)

por el tribunal

FECHA

J.

(NOMBRE EN LETRA MOLDE DEL JUEZ)