

PETICIÓN DE ENVÍO A TRATAMIENTO INVOLUNTARIO DESPUÉS DE FALLO DE INCAPACIDAD PARA SER SOMETIDO A JUICIO CUANDO NO HAY INCAPACIDAD MENTAL GRAVE

LEY DE PROCEDIMIENTOS DE SALUD MENTAL DE 1976
(SECCIÓN 402B)

NOMBRE DEL PACIENTE	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	SEXO
NOMBRE DEL PROGRAMA DEL CONDADO		NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO BASE		NÚM. DE LA UNIDAD DE SERVICIO BASE	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		FECHA DE ADMISIÓN		NÚM. DE ADMISIÓN	

INSTRUCCIONES

1. Este formulario se debe usar para solicitar hasta 30 días de tratamiento bajo la Sección 402 B de la Ley de Procedimientos de Salud Mental de 1976 cuando se ha fallado que una persona tiene incapacidad para ser sometida a juicio pero no tiene incapacidad mental grave.
2. La parte I será llenada por el abogado del paciente, el fiscal, el administrador del condado, el director de la institución penal del paciente, etc.
3. La Parte II es para uso del médico examinante quien ha determinado la incapacidad para ser sometida a juicio.
4. El uso de la Parte III queda a discreción del juez.
5. Si se requieren hojas adicionales en cualquier parte de este formulario, anote en el formulario el número de hojas adicionales que se adjuntaron.

AVISO IMPORTANTE

CUALQUIER PERSONA QUE PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA A SABIENDAS AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO PODRÍA SER ENCAUSADA Y ESTAR SUJETA A SANCIONES PENALES QUE INCLUYEN CONDENA DE UN DELITO MENOR.

PARTE II
RESULTADOS DEL EXAMEN
(Declaración del médico, continuación)

En mi opinión: (Marque A, B o C)

- A. El paciente tiene incapacidad mental para ser procesado y hay certeza razonable de que al proporcionarle 30 días de tratamiento tendrá la capacidad necesaria para poder ser sometido a juicio.
- B. El paciente tiene incapacidad mental para ser procesado pero no hay certeza razonable de que al proporcionarle 30 días de tratamiento tendrá la capacidad necesaria para poder ser sometido a juicio.
- C. El paciente no tiene incapacidad mental para ser sometido a juicio.

(FIRMA DEL SOLICITANTE)

(TÍTULO)

PARTE III
ORDEN DE TRATAMIENTO INVOLUNTARIO

En el tribunal _____ del Condado de _____

EL ESTADO
CONTRA

_____ periodo, 20____

_____ No. _____

Este _____ día de _____, 20 _____ después de conocer y considerar lo siguiente:

(Detalles de las conclusiones. Incluya detalles sobre los tipos de tratamiento y por qué los necesita. Adjunte informes, testimonio, etc.)

El tribunal determina que el paciente: (Marque A, B o C)

- A. El paciente tiene incapacidad mental para ser sometido a juicio y hay certeza razonable de que al proporcionarle 30 días de tratamiento tendrá la capacidad necesaria para poder ser sometido a juicio.
- B. El paciente tiene incapacidad mental para ser sometido a juicio pero no hay certeza razonable de que al proporcionarle 30 días de tratamiento tendrá la capacidad necesaria para poder ser sometido a juicio.
- C. El paciente no tiene incapacidad mental para ser sometido a juicio.

PARTE III
ORDEN DE TRATAMIENTO INVOLUNTARIO
(continuación)

ADEMÁS, TRAS CONOCER Y CONSIDERAR LO SIGUIENTE: *(Detalles de las conclusiones. Incluya detalles sobre los tipos de tratamiento y por qué los necesita. Adjunte informes, testimonio, etc.)*

El tribunal ordena que: (Marque A o B)

- A. _____ reciba tratamiento ambulatorio
(NOMBRE DEL PACIENTE)
 internación parcial, internación

(Descripción del tratamiento, explicación de por qué es adecuado y apropiado.

como persona con incapacidad para ser sometido a juicio, pero no con incapacidad mental grave, en virtud de la Sección 402 B de la Ley de Procedimientos de Salud Mental de 1976 por un periodo de _____ días (sin exceder 30 días).

B. Otra:

(marque la casilla apropiada)

- El paciente fue representado por _____
(NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ABOGADO)
- El paciente rechazó representación..

en nombre del tribunal _____

(TÍTULO)