

EN EL TRIBUNAL DE CIRCUITO DEL

ESTADO DE OREGON

EN EL CONDADO DE _____

En el asunto de _____)

**AVISO DE ENFERMEDAD
MENTAL POR DOS PERSONAS
CONFORME A ORS 426.070**una persona que presuntamente tiene una _____),
enfermedad mental _____)

AL JUEZ DEL TRIBUNAL DE CIRCUITO:

Los abajo firmantes, cada uno bajo el debido juramento, declaran que _____,
 fecha de nacimiento _____, con domicilio en _____,
 es una persona que padece una enfermedad mental y necesita tratamiento, atención o custodia porque
 (ejemplos de acciones, declaraciones, comportamientos, etc.):

(Firma)_____
(Firma)_____
(Nombre impreso/Relación)_____
(Nombre impreso/Relación)_____
(Dirección)_____
(Dirección)_____
(Ciudad)_____
(Ciudad)_____
(Número de teléfono)_____
(Número de teléfono)

Suscrito y jurado ante mí el día _____ del mes de _____ de 20 ____

Notario Público para Oregon

Mi nombramiento vence el _____

(sello)

Original: Tribunal de Circuito

Copia: Director(a) del Programa Comunitario de Salud Mental (CMHP)

Envíe este formulario al (a la) director(a) del Programa Comunitario de Salud Mental (CMHP) en su condado. Este formulario debe estar notarizado. También debe completar e incluir el formulario CC09A cuando envíe este formulario.

Actualizado el 08/21/2024

AUTORIDAD DE SALUD DE OREGON
División de Salud del Comportamiento
Antecedentes del caso para una petición bipartita

Esta información se compartirá con el investigador, el tribunal, el (la) abogado(a) de la persona y el centro de tratamiento.

A. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Sexo: F M X

Dirección residencial: _____

Ubicación actual, si es diferente (centro, no tiene dónde vivir, cárcel, etc.): _____

Dirección de la ubicación actual: _____

B. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA PERSONA DE CONTACTO

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

C. INFORMACIÓN GENERAL ÚTIL

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) En pareja

Ingresos: VA SSB SSI SSDI Empleo remunerado SNAP Manutención de hijos

Medicaid: Sí No **Medicare:** Sí No **Seguro privado:** Sí No

Educación alcanzada: Preparatoria Estudios incompletos en colegio universitario

2 años 4 años Nivel de graduado Ninguno

Empleado: Sí No **Ocupación actual o anterior:** _____

Veterano: Sí No **Preferencia religiosa:** _____ **Idioma:** _____

D. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué ha observado directamente, que le haga creer que esta persona padece un trastorno mental y es un peligro para sí misma o para los demás, o no puede cubrir sus necesidades personales básicas?

Seleccione los siguientes rasgos o comportamientos que describen a la persona actualmente.

En cama	Tenso	Temeroso	Entusiasmado	Agitado	Violento
Desordenado	Deprimido	Destructivo	Suicida	Apático	Indiferente
Hostil	Sospechoso	Homicida	Aislamiento		
Pensamiento o habla confusa, incoherente y desorganizada					
Ver, escuchar, oler o sentir cosas que no existen					
Creencias irrationales o pensamientos de persecución					

Nota: Los antecedentes de este caso se deben incluir junto con el formulario de petición bipartita enviado al Programa Comunitario de Salud Mental (CMHP) por dos personas. Complete todos los datos que sean posibles y envíe el formulario, incluso si está incompleto.

Explique sus selecciones anteriores (¿qué ve o qué oye la persona que usted no puede ver u oír? ejemplo de habla confusa, describa el ambiente en la vivienda, etc.)

¿Cuándo observó por primera vez el inicio de estos rasgos y comportamientos? ¿Fue la aparición de estos repentina o gradual?

Describa cualquier cambio reciente, acontecimientos, traumas, etc. que puedan haber contribuido con estos problemas.

¿Cómo era esta persona antes de que surgieran estas preocupaciones? ¿Era inestable o estaba mejor adaptada antes?

E. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO ACTUALES DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

¿Qué problemas médicos o mentales principales sabe que padece esta persona?

Proveedor médico:

Nombre de la clínica	Nombre del proveedor	Número
----------------------	----------------------	--------

Salud mental: _____

Nombre de la clínica	Nombre del proveedor	Número
----------------------	----------------------	--------

Enumere los medicamentos que sabe que esta persona tiene recetados actualmente. Indique si la persona está tomando los medicamentos o no.

F. OTRAS PREOCUPACIONES O DESAFÍOS

Sí No

¿Esta persona consume o abusa de sustancias con regularidad?
Si la respuesta es “Sí”, describa:

Sí No

¿Hay algún caso penal abierto o de otro tipo en los tribunales que implique a esta persona? *Si la respuesta es “Sí”, describa:*

Sí No

¿Necesita esta persona apoyos prácticos habitualmente para cubrir sus necesidades básicas? *Si la respuesta es “Sí”, describa:*

G. OTRAS PERSONAS INTERESADAS

¿Quién más podría tener información útil sobre el estado actual de esta persona, su(s) enfermedad(es) mental(es) y sus necesidades de tratamiento?

1 **Nombre:** _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Relación: _____

2 **Nombre:** _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Relación: _____

3 **Nombre:** _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Relación: _____