

**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 notariado. También debe completar e incluir el formulario CC09A cuando envíe este formulario.

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	Destruyivo	Suicida	Apático	Indiferente
Hostil	Sospechoso	Homicida	Aislamiento		
Pensamiento o habla confusa, incoherente y desorganizada					
Ver, escuchar, oler o sentir cosas que no existen					
Creencias irracionales 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: _____ Correo electrónico: _____	Teléfono: _____ Relación: _____
2	Nombre: _____ Correo electrónico: _____	Teléfono: _____ Relación: _____
3	Nombre: _____ Correo electrónico: _____	Teléfono: _____ Relación: _____