

CONFIDENTIAL MEDICAL REPORT
(INFORME MÉDICO CONFIDENCIAL)

FOR CLERK'S USE ONLY

*(PARA EL USO EXCLUSIVO
DE LA SECRETARÍA)*

HEALTH PROFESSIONAL'S REPORT
(INFORME DEL PROFESIONAL DE SALUD)

Instructions to Petitioner: This form must be completed if you are seeking appointment as a guardian and/or conservator.

(Instrucciones para el Solicitante: Este formulario debe completarse si usted está solicitando un nombramiento como tutor y/o curador.)

1. Fill in the information on this page only and give this document to the physician, registered nurse, or psychologist/psychiatrist you propose to evaluate the health of the person you believe needs a guardian or conservator.

(1. Complete la información en esta página solamente y entregue este documento al médico, enfermero profesional o psicólogo/psiquiatra que propone para evaluar la salud de la persona que considera necesita un tutor o conservador.)

2. File the completed form with the Clerk of Superior Court as a separate document. Do not attach it to any other document.

(2. Presente el formulario completo ante la Secretaría del Tribunal Superior como documento separado. No lo adjunte a ningún otro documento.)

3. Copies must be given to the attorney for the Subject Person no later than five days before the hearing.

(3. Se deben entregar copias al abogado del Sujeto del Procedimiento a más tardar cinco días antes de la audiencia.)

Court Case Number:

(Número de caso judicial:)

Name of Evaluator:

(Nombre del evaluador:)

Name of Patient

(Subject of This Evaluation): _____
(Alleged incapacitated person or person in need of protection)

(Nombre del paciente)

(Presunta persona incapacitada o que necesita protección)

(Sujeto de esta evaluación:)

Name of Petitioner:

(Nombre del solicitante:)

Petitioner's Telephone Number:

(Número de teléfono del solicitante:)

Date and Time of Court Hearing:

(Fecha y hora de la audiencia judicial:)

Instructions to Physician or Other Evaluator: A court case has been filed that asks the court to appoint a guardian and/or conservator for the person named as "Patient" above. The Court needs the opinion of a medical professional to make that decision.

(Instrucciones para el médico u otro evaluador: Se ha presentado un caso judicial en el que se le solicita al tribunal que nombre a un tutor y/o curador para la persona mencionada anteriormente como el "Paciente". El tribunal necesita la opinión de un profesional médico para tomar esa decisión.)

If you do not have enough space on this form to answer, write in "See attached" and respond on separate page.

(Si no tiene suficiente espacio para responder en este formulario, escriba "Ver adjunto" y responda en una hoja aparte.)

If this report recommends that the Patient is likely to need inpatient mental health treatment in the next year, then this report must be signed by a licensed psychologist or psychiatrist.

(Si este informe recomienda que es probable que el paciente necesite ser hospitalizado para recibir tratamiento psiquiátrico durante el próximo año, entonces este informe debe ser firmado por un psicólogo o psiquiatra con licencia.)

After you complete the report, give the original report to the Petitioner, who is responsible for filing the report with the court and distributing copies to the parties.

(Después de completar el informe, entregue el informe original al solicitante, quien es responsable de presentar el informe ante el tribunal y distribuir copias a las partes.)

The Court realizes that your time is valuable. Thank you for your time and assistance.

(El tribunal reconoce que su tiempo es valioso. Gracias por su tiempo y asistencia.)

Questions for Health Professional to Answer:

(Preguntas a ser respondidas por el profesional de salud:)

1. What is the date you last saw the Patient? _____

(Include date of this report if the Patient seen that date)

(¿Cuándo fue la última vez que atendió al paciente? (Incluya la fecha de este informe si usted vio al paciente en esa fecha))

2. How long have you been treating the Patient? _____

(¿Cuánto tiempo ha estado atendiendo usted al paciente?)

3. Who asked you to do this evaluation? _____

(¿Quién le pidió que hiciera esta evaluación?)

4. I am a: / *(Soy un:)* **Physician** / *(Médico)* **Psychologist** / *(Psicólogo)*

Nurse Practitioner / *(Enfermero(a) diplomado(a))* **Registered Nurse** / *(Enfermero(a) registrado(a))*

Other: / *(Otro:)* _____

5. What is your area of specialty? _____

(¿Cuál es su área de especialidad?)

Are you Board Certified in this area? **Yes** / *(Sí)* **No** / *(No)*

(¿Está acreditado por el Colegio Médico en esta especialidad?)

In any other areas? **Yes** / *(Sí)* **No** / *(No)*

(¿En alguna otra especialidad?)

If “yes,” list: _____

(Si contestó “sí,” indique:)

6. Is the Patient impaired by any of the following?

(¿Está el paciente afectado por alguna de las siguientes afecciones?)

Mental illness, deficiency, or disorder / *(Enfermedad, deficiencia o trastorno mental)*

Physical illness or disability / *(Enfermedad física o discapacidad)*

Chronic intoxication or drug use / *(Intoxicación crónica o uso de drogas)*

Other / *(Otro)*

7. Please provide a specific description of each physical, psychiatric or psychological diagnosis causing impairment:

(Por favor, proporcione una descripción específica de cada diagnóstico sobre el estado físico, psiquiátrico o psicológico que cause funcionamiento reducido:)

8. Has the Patient been treated or hospitalized before for this difficulty?

(¿El paciente ha sido tratado u hospitalizado por esta dificultad anteriormente?)

Yes / (Sí) **No / (No)**

If yes, when and where? / (Si contestó sí, ¿cuándo y dónde?)

9. Is the Patient able to do the following things? Please check each applicable box.

(¿El paciente es capaz de realizar las siguientes tareas? Por favor, marque cada casilla aplicable.)

Pay their bills
(Pagar sus cuentas)

Take medication appropriately
(Tomar medicamentos adecuadamente)

Obtain food
(Obtener alimentos)

Provide adequate housing
(Proveer(se) vivienda adecuada)

Live alone
(Vivir solo(a))

Exercise daily self-help skills
(Desempeñar tareas diarias de autocuidado)

Make appropriate judgments that will protect them personally, physically, or financially / (Tomar decisiones adecuadas para protegerse personal, física, o financieramente)

Voting rights: / (Derecho al voto:)

Does the Patient have sufficient capacity and understanding to express a preference on a ballot?

(¿Tiene el paciente suficiente capacidad y comprensión para expresar su preferencia en una boleta de votación?)

Yes / (Sí) **No / (No)**

Please explain: / (Por favor, explique:)

Driving privileges: / (Privilegios para conducir:)

Is the Patient capable of safely operating a motor vehicle?

(¿Es el paciente capaz de operar con seguridad un vehículo motorizado?)

Yes / (Sí) **No / (No)**

Please explain: / (Por favor, explique:)

10. If the Patient is currently on medication, please list those medications:

(Si el paciente está actualmente bajo medicación, por favor, enumere esos medicamentos:)

11. Do you believe that the medication is affecting the Patient's ability to respond coherently? / (*¿Cree usted que los medicamentos estén afectando la capacidad del paciente para responder coherentemente?*)

Yes / (*Sí*) **No** / (*No*)

12. Do you believe that the medication is affecting the Patient's ability to ambulate? (*¿Cree usted que los medicamentos estén afectando la capacidad del Paciente para caminar?*)

Yes / (*Sí*) **No** / (*No*)

13. Do you believe that a "medication holiday," if possible, would help you better evaluate the Patient? / (*¿Cree usted que un tiempo sin recibir medicamentos, de ser esto posible, le ayudaría a evaluar mejor al paciente?*)

Yes / (*Sí*) **No** / (*No*)

14. Do you believe that any changes made in the type or amount of drugs the Patient is receiving would noticeably affect their mental or physical abilities? / (*¿Cree usted que cualquier cambio en el tipo o la cantidad de medicamentos que el paciente está recibiendo afectaría notablemente sus habilidades mentales o físicas?*)

Yes / (*Sí*) **No** / (*No*)

15. Do you believe that any further medical evaluation or treatment would benefit the Patient? / (*¿Cree usted que alguna evaluación o tratamiento médico adicional beneficiaría al paciente?*)

Yes / (*Sí*) **No** / (*No*)

Please explain: / (*Por favor, explique:*)

16. Do you think the Patient would benefit from other types of therapy such as counseling? / (*¿Piensa usted que el paciente se beneficiaría de otros tipos de terapia, como la consejería?*)

Yes / (*Sí*) **No** / (*No*)

If yes, describe: / (*Si contestó sí, describa:*)

17. Which of the following are appropriate placements for the Patient today? / (¿Cuáles de los siguientes son lugares apropiados para el paciente hoy?)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Independent living
<i>(Vivir independiente)</i> | <input type="checkbox"/> At home with a companion
<i>(En su hogar con un acompañante)</i> |
| <input type="checkbox"/> At home with a nurse
<i>(En su hogar con un enfermero)</i> | <input type="checkbox"/> In a group home
<i>(En una casa de grupo)</i> |
| <input type="checkbox"/> In an assisted living facility
<i>(En un establecimiento de vivienda asistida)</i> | <input type="checkbox"/> In a memory care facility
<i>(En un establecimiento de cuidado de memoria)</i> |
| <input type="checkbox"/> In a skilled nursing facility
<i>(En un establecimiento de enfermería especializada)</i> | <input type="checkbox"/> In a hospital
<i>(En un hospital)</i> |
| <input type="checkbox"/> In an Inpatient Psychiatric Facility
<i>(En un establecimiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Other - please explain: / (Otro – por favor, explique:) _____ | |

18. In your opinion, what is the least restrictive living arrangement appropriate for the Patient? / (En su opinión, ¿cuál es el arreglo de vivienda menos restrictivo apropiado para el paciente?)

19. Give a comprehensive assessment of any functional impairments of the Patient:
(Proporcione una evaluación completa de cualquier discapacidad funcional del paciente:)

20. How and to what extent do these impairments affect the Patient's ability to receive or evaluate information needed in making or communicating personal and financial decisions? / *(¿Cómo y en qué medida afectan estas discapacidades la capacidad del paciente para recibir o evaluar la información necesaria para tomar o comunicar decisiones personales y financieras?)*

21. What tasks of daily living is the Patient capable of performing without direction or with minimal direction? / *(¿Qué tareas de la vida diaria puede realizar el paciente sin dirección o con dirección mínima?)*

22. What is the most appropriate rehabilitation plan and/or care plan for the Patient?
(¿Cuál es el plan de rehabilitación y/o el plan de atención más apropiado para el paciente?)

23. Is there any reason why this Patient should not personally appear in court? / (¿Hay alguna razón por la cual este paciente no debería comparecer personalmente al tribunal?)

Yes / (Sí) **No / (No)**

If yes, please explain: / (Si contestó sí, por favor explique:)

24. Do you believe that the Patient's condition could improve within 6 months to a year? / (¿Cree usted que la condición del paciente podría mejorar dentro de 6 meses hasta un año?)

Yes / (Sí) **No / (No)**

25. Is there is any reason for the court to review this matter again within less than one year? / (¿Hay alguna razón para que el tribunal vuelva a revisar este asunto en menos de un año?)

Yes / (Sí) **No / (No)**

Mental Health Treatment Questions

(Preguntas sobre el Tratamiento de Salud Mental)

This section must be completed if the Petitioner is requesting that the guardian be granted the authority to consent for the Patient to receive inpatient mental health treatment, and if so, this report or a separate report addressing this information must be signed by a licensed psychologist or psychiatrist.

(Esta sección deberá ser completada si el solicitante está pidiendo que se otorgue al tutor la autoridad para dar consentimiento a que el paciente sea hospitalizado para recibir tratamiento de salud mental como paciente interno, y de ser así, este informe o un informe aparte contemplando esta información deberá ser firmado por un psicólogo o psiquiatra con licencia.)

1. Is it the opinion of the undersigned that the Patient is incapacitated as a result of a mental disorder? / (*¿Es la opinión del que suscribe que el paciente está incapacitado como resultado de un trastorno mental?*)

Yes / (*Sí*) **No** / (*No*)

2. What is the mental disorder? / (*¿Cuál es el trastorno mental?*)

3. What kind of treatment is the Patient currently receiving for this mental disorder? (*¿Qué tipo de tratamiento está recibiendo actualmente el paciente para este trastorno mental?*)

4. Is it the opinion of the undersigned that the Patient is likely to need inpatient mental health care and treatment within the next year? / (*¿Es la opinión del que suscribe que el paciente probablemente necesitará ser hospitalizado para recibir tratamiento de salud mental como paciente interno dentro del próximo año?*)

Yes / (*Sí*) **No** / (*No*)

If yes, the undersigned must be a licensed psychologist or psychiatrist.
(*Si contestó sí, el que suscribe deberá ser un psicólogo o psiquiatra con licencia.*)

If yes, please explain: / (*Si contestó sí, por favor explique:*)

5. Please make any additional comments or suggestions you feel would be valuable to the court: / *(Sírbase hace cualquier comentario o sugerencia adicional que usted considere que podría ser de utilidad para el tribunal:)*

Date report was prepared: _____
(Fecha de preparación del reporte:)

Signature / (Firma)

Printed Name, Professional Title (M.D., R.N., Ph.D., etc.)
(Nombre en letra de molde, Título profesional (MD, RN, PhD, etc.))