

PARTE SIN ABOGADO O ABOGADO NÚMERO DEL COLEGIO DE ABOGADOS: NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO): CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO:FAX: EMAIL: ABOGADO DE ( <i>nombre</i> ):	SOLO PARA USO DE LA CORTE ARCHIVO EN EXPEDIENTE CONFIDENCIAL  <h2 style="margin: 0;">Solo para información No entregue a la corte</h2>
<b>CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE</b> DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO): DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE SUCURSAL:	
TUTELA DE UN ADULTO <input type="checkbox"/> DE LA PERSONA <input type="checkbox"/> DEL PATRIMONIO DE ( <i>nombre</i> ):  <input type="checkbox"/> PUPILO <input type="checkbox"/> PUPILO PROPUESTO	NÚMERO DE CASO:  <h2 style="margin: 0;">No entregue a la corte</h2>
<b>EVALUACIÓN CONFIDENCIAL DE LA CAPACIDAD Y DECLARACIÓN—TUTELA DE UN ADULTO</b>	FECHA DE LA AUDIENCIA: HORA: DEPTO. o SALA:
El objetivo de este formulario es registrar los resultados de una evaluación de la capacidad de la persona nombrada en el punto 2, describir las conclusiones del médico evaluador sobre el funcionamiento y la capacidad mental de la persona y presentar los resultados y conclusiones bajo juramento a la corte. El demandante completa los puntos 1 y 2 para dar instrucciones al médico. El médico completará el resto del formulario.	

**INSTRUCCIONES DEL DEMANDANTE AL MÉDICO**

1. **Evaluaciones solicitadas.** Además de completar las Partes I y II (páginas 2 a 4), complete los siguientes puntos en la Parte III (páginas 5 y 6) para evaluar la capacidad de la persona para realizar la acción o la capacidad para tomar la decisión indicada (*marque todo lo que corresponda*):
  - a.  Punto 20: Dar o negar el consentimiento informado al tratamiento médico especificado en la petición (Código Testamentario, secciones 811, 813, 2357).
  - b.  Punto 21: Dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento médico en general (*Id.*, secciones 811, 1880-1891, 2355)
  - c.  Punto 22: Dar o negar el consentimiento informado para la colocación fuera del hogar en un centro de atención residencial de perímetro seguro (cerrado) para personas mayores (*Id.*, secciones 811, 2356.5).
  - d.  Punto 23: Dar o negar el consentimiento informado para la administración de medicamentos apropiados para la atención y el tratamiento de trastornos neurocognitivos importantes (por ejemplo, demencia) (*Id.*, secciones 811, 813, 2356.5).

**Nota para el demandante:** Proporcione una copia de la petición al médico que evaluará a la persona nombrada en el punto 2 para referencia del médico. **No** adjunte la *Confidencial Complementaria Confidencial* (formulario GC-312).

**2. Persona a evaluar**

Nombre:  
 Dirección:  
 Número de teléfono: Dirección de email:  
 Fecha de nacimiento:  
 Nivel más alto de educación completado (*grado o título*):  
 Estado civil o de sociedad:  soltero/a  casado/a o en pareja  disuelto/a  viudo/a  
 Idioma preferido:  habla  lee  escribe

**PARA EL MÉDICO:** Proporcione su información de contacto y licencia a continuación.

3. a. Nombre:  
 b. Dirección de la oficina:  
 Número de teléfono: Dirección de email:
4. a.  Soy un médico con licencia de California. Licencia n.º:  
 b.  Soy un psicólogo con licencia de California que ejerce dentro del alcance de mi licencia. Licencia n.º:  
 Tengo al menos dos años de experiencia en el diagnóstico de trastornos neurocognitivos importantes (incluida la demencia).  
 c. He estado ejerciendo como médico o psicólogo con licencia durante \_\_\_\_\_ años.

TUTELA DE UN ADULTO <input type="checkbox"/> DE LA PERSONA <input type="checkbox"/> DEL PATRIMONIO DE (nombre): <input type="checkbox"/> PUPILO <input type="checkbox"/> PUPILO PROPUESTO	NÚMERO DE CASO:  <p align="center" style="font-size: 1.2em;"><b>No entregue a la corte</b></p>
--	--

**Información sobre la evaluación**

5. a. La persona nombrada en el punto 2  es  **no** es un paciente bajo mi cuidado y tratamiento continuos.  
 b. Conozco a esta persona desde hace (especifique el tiempo en meses o años):
  
6. a. Fecha del examen en el que se basa esta evaluación o, si se basa en múltiples exámenes, la fecha en que examiné más recientemente a la persona:  
 b. Tiempo empleado en el examen más reciente:
  
7. Mis respuestas a las preguntas e indicaciones de este formulario se basan en (marque todo lo que corresponda):
  - a.  Mi examen de esta persona con el propósito de evaluar las habilidades y capacidades de la persona.
  - b.  Exámenes múltiples de esta persona con fines de cuidado de salud general y tratamiento médico.
  - c.  Administración de exámenes estandarizados o herramientas que miden el funcionamiento mental de la persona. Todas las pruebas administradas y las fechas de administración se indican  a continuación  en el Adjunto 7c.
  
  - d.  Mi revisión de los registros médicos de la persona.
  - e.  Conversaciones con otros profesionales responsables de proporcionar cuidado de salud a la persona. Estos análisis se describen  a continuación  en el Adjunto 7e.
  
  - f.  Conversaciones con miembros del equipo u otros profesionales que participaron en la evaluación de la persona. Estos análisis se describen  a continuación  en el Adjunto 7f.
  
  - g.  Conversaciones con la familia o los amigos de la persona; los nombres y las relaciones se indican  a continuación  en el Adjunto 7g.
  
  - h.  Otras fuentes de información, que se describen  a continuación  en el Adjunto 7h.

**INFORME DE EVALUACIÓN**

*Si una pregunta o indicación no se aplica a una habilidad o capacidad marcada en el punto 1 o su evaluación no aborda una pregunta o indicación, marque la casilla correspondiente en ese punto o, si no hay ninguna casilla, deje el punto en blanco. Asegure o destruya su copia de la petición. No lo envíe a la corte.*

**PARTE I. SALUD FÍSICA Y MENTAL GENERAL.** Esta parte describe el estado general de la salud física y mental de la persona nombrada en el punto 2.  La información centrada en el efecto de la salud de la persona en su función mental se proporciona en los puntos 16 a 18.

**8. Salud física**

- a. La salud física general es:  Excelente  Buena  Regular  Deficiente  No lo sé
- b. Es probable que la salud física general:  Mejore  Se mantenga estable  Se deteriore  No lo sé  
 La persona debe ser reevaluada en semanas.
- c. Se indican las afecciones crónicas que requieren atención y tratamiento continuos  a continuación  en el Adjunto 8c.

**9. Salud mental**

- a. La salud mental general es:  Excelente  Buena  Regular  Deficiente  No lo sé
- b. Es probable que la salud mental general:  Mejore  Se mantenga estable  Se deteriore  No lo sé  
 La persona debe ser reevaluada en semanas.
- c. Todos los trastornos de salud mental diagnosticados conocidos (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* actual) se indican  a continuación  en el Adjunto 9c.

TUTELA DE UN ADULTO <input type="checkbox"/> DE LA PERSONA <input type="checkbox"/> DEL PATRIMONIO DE (nombre): <input type="checkbox"/> PUPILO <input type="checkbox"/> PUPILO PROPUESTO	NÚMERO DE CASO: <b>No entregue a la corte</b>
--	--

**PARTE II. FUNCIONAMIENTO MENTAL.** Esta parte documenta la existencia y el alcance de cualquier déficit encontrado por mi evaluación del funcionamiento mental de la persona descrita en el punto 2. Los déficits se indican en los puntos 10 a 14 de la siguiente manera:

**a= sin déficit; b= déficit leve; c= déficit moderado; d= déficit grave o ninguna función; e= no aplicable o no evaluado**

**10. Alerta y atención** (capacidad de reconocer y reaccionar a un estímulo)

- a. Nivel de excitación o conciencia (el déficit puede mostrarse por letargo, falta de respuesta sin estimulación constante o estupor)  a  b  c  d  e
- b. Orientación para:
- (1) Hora (¿Cuándo? Año, mes, día, hora)  a  b  c  d  e
- (2) Lugar (¿Dónde? Estado, ciudad, domicilio)  a  b  c  d  e
- (3) Persona (¿Quién? Nombre, relación)  a  b  c  d  e
- (4) Situación (¿Qué? ¿Cómo? ¿Por qué?)  a  b  c  d  e
- c. Capacidad para atender y concentrarse en tareas (capacidad para atender un estímulo; concentrarse en un estímulo durante breves períodos de tiempo)  a  b  c  d  e

Notas:

**11 .Procesamiento de la información**

- a. Memoria
- (1) Recuerdo inmediato  a  b  c  d  e
- (2) Memoria y aprendizaje a corto plazo (la capacidad de codificar, almacenar y recuperar información)  a  b  c  d  e
- (3) Memoria a largo plazo (capacidad de recordar información del pasado)  a  b  c  d  e
- b. Comprensión (la capacidad de recibir y procesar con precisión la información dada en forma escrita, oral, visual u otros medios)  a  b  c  d  e
- c. Comunicación (la capacidad de expresarse e indicar preferencias en el habla, la escritura, los signos, las imágenes, etc.)  a  b  c  d  e
- d. Razonamiento visoespacial (reconocimiento de objetos familiares; percepción espacial, resolución de problemas y diseño)  a  b  c  d  e
- e. Razonamiento cuantitativo (la capacidad de comprender cantidades básicas y hacer cálculos simples)  a  b  c  d  e
- f. Razonamiento verbal (la capacidad de comparar opciones, razonar usando conceptos abstractos y razonar lógicamente)  a  b  c  d  e
- g. Funcionamiento ejecutivo (la capacidad de planificar, organizar y llevar a cabo acciones (asumiendo la capacidad física) en el propio interés racional)  a  b  c  d  e

Notas:

**12. Procesamiento del pensamiento**

- a. Organización del pensamiento (el déficit puede demostrarse por un pensamiento gravemente desorganizado, sin sentido o incoherente)  a  b  c  d  e
- b. Correspondencia de los pensamientos con la realidad (el déficit puede demostrarse mediante alucinaciones o delirios)  a  b  c  d  e
- c. Control de los pensamientos (el déficit puede demostrarse por pensamientos incontrolables, repetitivos o intrusivos)  a  b  c  d  e

Notas:

TUTELA DE UN ADULTO <input type="checkbox"/> DE LA PERSONA <input type="checkbox"/> DEL PATRIMONIO DE (nombre): <input type="checkbox"/> PUPILO <input type="checkbox"/> PUPILO PROPUESTO	NÚMERO DE CASO: <b>No entregue a la corte</b>
--	--

**a= sin déficit; b= déficit leve; c= déficit moderado; d= déficit grave o ninguna función; e= no aplicable o no evaluado**

13. **Capacidad para modular el estado de ánimo y la afectividad** (un déficit puede manifestarse mediante un estado de ánimo o afectividad generalizados y persistentes, o recurrentes, que sean inapropiados en tipo o grado según las circunstancias)  
 a  b  c  d  e
- Notas:
14. **Capacidad para aceptar y cooperar con la atención o asistencia adecuadas** (el déficit puede demostrarse por la incapacidad para reconocer la enfermedad o el trastorno, actuar sin tener en cuenta las consecuencias o la incapacidad o la negativa a aceptar la atención adecuada)  
 a  b  c  d  e
- Notas:
15. **Variación** (algunos o todos los déficits mencionados anteriormente varían en frecuencia, gravedad o duración):  
 Sí  No  No lo sé La variación de los déficits se describe  a continuación  en el Adjunto 15.

**Posibles causas temporales o reversibles de los déficits de la función mental**

**16. Medicamentos**

- a. ¿La persona está tomando actualmente algún medicamento, con o sin receta, que pueda afectar el funcionamiento mental de la persona?  
 Sí  No  No lo sé  No corresponde  
 En caso *afirmativo*, cada uno de esos medicamentos, con indicaciones de dosis y tratamiento, se indican  a continuación  en el Adjunto 16a.

Nombre	Dosis/Programa	Indicaciones
--------	----------------	--------------

- b.  Cada medicamento indicado en el punto 16a puede afectar el funcionamiento mental de una persona como se explica  a continuación  en el Adjunto 16b.

17. **Causas reversibles:** ¿Se han considerado, evaluado, diagnosticado o tratado causas temporales o reversibles de deterioro mental?  
 Sí  No  No lo sé Se analizan todas las causas consideradas  a continuación  en el Adjunto 17.

18. **Factores físicos o emocionales:** ¿Existen factores físicos o emocionales (por ejemplo, discapacidad auditiva, visual o del habla; duelo u otros) que podrían disminuir las capacidades de la persona y que podrían mejorar con el tiempo, el tratamiento o los dispositivos de asistencia?  
 Sí  No  No lo sé  
 Se describen los factores físicos o emocionales aplicables  a continuación  en el Adjunto 18.

**Efecto en la capacidad para realizar actividades cotidianas**

19. En mi opinión profesional, los déficits de la función mental, si los hay, identificados en los puntos 10 a 14  podrán  no podrán perjudicar significativamente la capacidad de la persona para realizar algunas o todas las actividades de la vida diaria (por ejemplo, comer, cocinar, ir al baño, bañarse, vestirse) o actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, ir de compras, programar citas, pagar facturas, usar una tarjeta de crédito o cheques, tomar medicamentos). Se indican más detalles sobre actividades específicas y las razones de mi opinión (*marque todo lo que corresponda*):  
 a continuación  en el Adjunto 19  en el *Adjunto de actividades diarias* (formulario GC-335A).

No tengo suficiente información para formar una opinión sobre este tema.

TUTELA DE UN ADULTO <input type="checkbox"/> DE LA PERSONA <input type="checkbox"/> DEL PATRIMONIO DE (nombre): <input type="checkbox"/> PUPILO <input type="checkbox"/> PUPILO PROPUESTO	NÚMERO DE CASO: <b>No entregue a la corte</b>
--	--

**PARTE III. CAPACIDAD PARA DAR O NEGAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.** Esta parte documenta mis conclusiones profesionales sobre cada tema verificado en el punto 1. Las conclusiones se basan en mi evaluación del nivel de las funciones mentales de la persona descritas en la Parte II.

20.  **Capacidad para dar o negar el consentimiento informado al tratamiento médico especificado en la petición** (Código Testamentario, sección 2357).

Se ha recomendado el siguiente tratamiento médico para la persona (*describir*):

Con base en mi evaluación de las funciones y habilidades mentales aplicables de la persona, es mi opinión profesional que:

- a.  La persona **tiene** la capacidad de dar o negar el consentimiento informado al tratamiento médico recomendado porque la persona puede hacer **todo** lo siguiente: (1) responder de manera consciente e inteligente a las preguntas sobre el tratamiento; (2) participar en la decisión del tratamiento mediante un proceso de pensamiento racional; y (3) comprender (A) la naturaleza y gravedad del trastorno diagnosticado, (B) la naturaleza del tratamiento recomendado, (C) el grado probable y la duración y los beneficios y riesgos del tratamiento recomendado, (D) las consecuencias de la falta de tratamiento y (E) la naturaleza, los riesgos y los beneficios de cualquier alternativa razonable al tratamiento recomendado.
- b.  La persona **carece** de la capacidad de dar o negar el consentimiento informado al tratamiento médico recomendado porque la persona **no puede hacer al menos uno** de los siguientes: (1) responder a sabiendas e inteligentemente a las preguntas sobre el tratamiento, (2) participar en la decisión del tratamiento por medio de un proceso de pensamiento racional, o (3) comprender al menos uno de los siguientes: (A) la naturaleza y gravedad del trastorno diagnosticado, (B) la naturaleza del tratamiento recomendado, (C) el grado y duración probables y los beneficios y riesgos del tratamiento recomendado, (D) las consecuencias de la falta de tratamiento, o (E) la naturaleza, riesgos y beneficios de cualquier alternativa razonable al tratamiento recomendado.  
 Estas conclusiones se explican con más detalle  a continuación  en el Adjunto 20b.
- c.  No tengo suficiente información para formar una opinión sobre este tema.

21.  **Capacidad para dar o negar el consentimiento informado al tratamiento médico en general** (Código Testamentario, secciones 811 y 1881).

Con base en mi evaluación de las funciones y habilidades mentales aplicables de la persona, es mi opinión profesional que:

- a.  La persona **tiene** la capacidad de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento médico porque la persona puede hacer **todo** lo siguiente: (1) responder a sabiendas e inteligentemente a preguntas sobre al menos algunas formas de tratamiento médico; (2) participar en al menos algunas decisiones de tratamiento por medio de un proceso de pensamiento racional; y (3) comprender (A) la naturaleza y gravedad de algunos trastornos diagnosticados, (B) la naturaleza de algunos tratamientos recomendados, (C) el grado probable y la duración y los beneficios y riesgos de al menos algunas formas de tratamiento, (D) las consecuencias de la falta de al menos algunas formas de tratamiento, y (E) la naturaleza, los riesgos y los beneficios de cualquier alternativa razonable a al menos algunas formas de tratamiento.
- b.  La persona **carece** de la capacidad de dar o negar el consentimiento informado a cualquier forma de tratamiento médico **ya sea** porque (1) la persona no puede responder de manera consciente e inteligente a las preguntas sobre su tratante médico o (2) la persona no puede participar en las decisiones de tratamiento por medio de un proceso de pensamiento racional, lo que significa que la persona no puede entender al menos uno de los siguientes: (A) la naturaleza y gravedad de cualquier enfermedad, trastorno o defecto que tenga o pueda desarrollar; (B) la naturaleza de cualquier tratamiento médico que sea o pueda ser recomendado por sus proveedores de atención médica; (C) el grado probable y la duración de los beneficios y riesgos de cualquier intervención médica que sea o pueda ser recomendada por los proveedores de atención médica de la persona y las consecuencias de la falta de tratamiento; o (D) la naturaleza, los riesgos y los beneficios de cualquier alternativa razonable.  
 La falta de capacidad de la persona para dar o negar el consentimiento informado está vinculada a uno o más déficits de función mental descritos en la Parte II.  
 Estas conclusiones se explican con más detalle  a continuación  en el Adjunto 21b.
- c.  No tengo suficiente información para formar una opinión sobre este tema.

TUTELA DE UN ADULTO <input type="checkbox"/> DE LA PERSONA <input type="checkbox"/> DEL PATRIMONIO DE (nombre): <input type="checkbox"/> PUPILO <input type="checkbox"/> PUPILO PROPUESTO	NÚMERO DE CASO: <h2 style="margin: 0;">No entregue a la corte</h2>
--	---

22.  **Capacidad para dar o negar el consentimiento informado para la colocación fuera del hogar en un centro residencial de perímetro seguro para personas con trastornos neurocognitivos graves** (Código Testamentario, secciones 2356.5).
- a.  La persona tiene un trastorno neurocognitivo grave (como demencia) como se define en la edición actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Consulte la Parte I de este formulario para obtener más información.
  - b.  La persona necesita o se beneficiaría de la colocación fuera del hogar en un entorno restringido y seguro por las razones (por ejemplo, vagar, violencia o rechazar la atención) explicadas  a continuación  en el Adjunto 22b.

- c. Con base en mi evaluación de las funciones y habilidades mentales relevantes de la persona, es mi opinión profesional que:
  - (1)  La persona **tiene** la capacidad de dar o negar el consentimiento informado a esta colocación fuera del hogar.
  - (2)  La persona **carece** de la capacidad de dar o negar el consentimiento informado a esta colocación fuera del hogar. El déficit o los déficits de función mental descritos en la Parte II perjudican significativamente la capacidad del pupilo (propuesto) para comprender y apreciar las consecuencias de dar su consentimiento para la colocación fuera del hogar en una instalación residencial restringida y de perímetro seguro.  
 Estas conclusiones se explican con más detalle  a continuación  en el Adjunto 22c.
- d.  La colocación fuera del hogar propuesta en una instalación de perímetro cerrado o asegurado  es  **no** es el ambiente menos restrictivo adecuado a las necesidades de la persona.
- e.  No tengo suficiente información para formar una opinión sobre este tema.

23.  **Capacidad para dar o negar el consentimiento informado a la administración de medicamentos para el tratamiento de trastornos neurocognitivos graves** (Código Testamentario, sección 2356.5).
- a.  La persona tiene un trastorno neurocognitivo grave (como demencia) como se define en la edición actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Consulte la Parte I de este formulario para obtener más información.
  - b.  La persona necesita o se beneficiaría de medicamentos apropiados para el cuidado y tratamiento de trastornos neurocognitivos importantes (incluida la demencia). Cualquier medicamento y la necesidad o beneficio potencial de cada uno se describen  a continuación  en el Adjunto 23B.

- c. Con base en mi evaluación de las funciones y habilidades mentales relevantes de la persona, es mi opinión profesional que:
  - (1)  La persona **tiene** la capacidad de dar o negar el consentimiento informado para la administración de medicamentos apropiados para el cuidado y tratamiento de trastornos neurocognitivos graves (incluida la demencia).
  - (2)  La persona **carece** de la capacidad de dar o negar el consentimiento informado para la administración de medicamentos apropiados para el cuidado y tratamiento de trastornos neurocognitivos importantes (incluida la demencia). El déficit o los déficits de la función mental descritos en la Parte III perjudican significativamente la capacidad del pupilo (propuesto) para comprender y apreciar las consecuencias de dar su consentimiento para la administración de medicamentos para el cuidado y tratamiento de trastornos neurocognitivos importantes (incluida la demencia).  
 Estas conclusiones se explican con más detalle  a continuación  en el Adjunto 23c.
- d.  No tengo suficiente información para formar una opinión sobre este tema.

24.  En el Adjunto 24 se proporciona otra información sobre mi evaluación de las funciones mentales de la persona, cualquier déficit en esas funciones y cualquier deterioro significativo resultante en la capacidad de la persona para comprender y apreciar las consecuencias de los actos o decisiones.

25. Número de páginas adjuntas: \_\_\_\_\_

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha:

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)

**Solo para información**  
 \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DECLARANTE)