

CONFIDENCIAL

CARE-102 S

ABOGADO O SOLICITANTE SIN ABOGADO NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS:		SOLO PARA USO DE LA CORTE Solo para información No entregue a la corte
NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓD. POSTAL: TELÉFONO: FAX: EMAIL: ABOGADO DE (nombre):		
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN: DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE SUCURSAL:		
PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): DEMANDADO		
PETICIÓN PARA INICIAR UN PROCESO DE LA LEY CARE SOLO POR UN PROFESIONAL AUTORIZADO DE LA SALUD CONDUCTUAL		NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
Al solicitante: Si llena y presenta este formulario, no necesita presentar la <i>Petición para iniciar un proceso de la Ley CARE</i> (formulario CARE-100) ni la <i>Declaración de salud mental-Proceso de la Ley CARE</i> (formulario CARE-101). (Vea la regla 7.2221(a), (b)(1) de las Reglas de la Corte de California).		

1. **Yo (escriba su nombre aquí):**
 Tengo 18 años de edad o más y soy un profesional autorizado de la salud conductual que está o ha estado, dentro de los últimos 30 días, tratando o supervisando el tratamiento del demandado.
 Por las razones descritas en esta petición, incluidos los adjuntos, solicito a la corte que inicie un proceso de la Ley CARE para el demandado.
2. a. ☐ Soy un profesional autorizado de la salud conductual según lo define la Ley CARE (Código de Bienestar e Instituciones, sección 5971(l) como (*marque una*):
 - (1) ☐ médico.
 - (2) ☐ psicólogo.
 - (3) ☐ trabajador social clínico.
 - (4) ☐ terapeuta matrimonial y familiar.
 - (5) ☐ consejero clínico profesional.
- b. Mi número de licencia es (si corresponde):
3. ☐ He interactuado con el demandado de la siguiente manera (*describa cuándo (ponga la fecha) fue la última vez que interactuó con él y qué pasó cuando interactuó con el demandado*):
4. a. El demandado vive o fue encontrado la última vez en (*ponga la dirección del demandado si tiene y usted la sabe, incluido un apartado postal donde recibe correo; de lo contrario, describa dónde vive el demandado, los últimos lugares donde se alojó o los lugares donde frecuentemente se lo encuentra*):
- b. Otra información de contacto del demandado es:
(número de teléfono, si tiene): El demandado ☐ sí ☐ no responde a mensajes de texto.
(email, si tiene):
- c. Creo que las mejores formas de contactar al demandado son (marque todas las que correspondan):
 - (1) ☐ visitándolo en persona
 - (2) ☐ llamándole por teléfono
 - (3) ☐ enviándole mensajes de texto
 - (4) ☐ enviándole un email
 - (5) ☐ por correo postal
 - (6) ☐ otro (describa):
- d. ☐ El demandado necesita ayuda para ☐ leer ☐ oír o entender ☐ hablar inglés.
 El idioma preferido del demandado es (*especifique el/los idioma(s)*):

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): Solo para información DEMANDADO	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
---	---

5. El demandado (marque "a" o "b"; si marca b, también tiene que marcar (1) o (2)):
- ☐ Es residente del condado en el que se presenta esta petición.
 - ☐ No es residente del condado en el que se presenta esta petición.
(Ponga el condado de residencia del demandado si lo sabe):
 - (1) ☐ El demandado se encuentra actualmente en el condado en el que se presenta esta petición.
 - (2) ☐ El demandado es un acusado o demandado en un proceso penal o civil pendiente en la corte superior del condado en el que se presenta este caso.
6. Yo (marque "a" o "b"; la fecha del examen o intento de examen más reciente tiene que ser no más de 60 días anterior a la presentación de la petición):
- ☐ Examiné al demandado el (fecha):
 - ☐ Intenté examinar al demandado el (incluya todas las fechas): _____, pero no pude hacerlo porque el demandado no quiso someterse al examen.
(Describa detalladamente cada intento que hizo para examinar al demandado, la naturaleza de la falta de cooperación del demandado y cualquier otro factor que le impidió examinar al demandado):
7. En mi opinión profesional, el demandado cumple los criterios clínicos para ser elegible para un proceso de la Ley CARE. Mi opinión se basa en (marque todas las que correspondan):
- ☐ los resultados de mi examen del demandado.
 - ☐ los resultados de un examen del demandado hecho por otro profesional autorizado de la salud conductual.
(nombre): _____
(dirección): _____
(número de teléfono): _____ (email): _____
(número de licencia): _____ (profesión): _____
 - ☐ otras fuentes de información que se describen ☐ abajo ☐ en el Adjunto 7.
8. Los hechos y opiniones que respaldan mi opinión de que el demandado cumple cada uno de los criterios clínicos de la sección 5972 del Código de Bienestar e Instituciones se proporcionan (marque una):
- ☐ En el punto 9. (Si necesita más espacio para alguno de los incisos del punto 9, adjunte páginas adicionales como Adjunto 9a, Adjunto 9b, etc.).
 - ☐ En una declaración adjunta titulada "Attachment 9" (Adjunto 9). (Omita el punto 9 y vaya al punto 10).
9. En mi opinión profesional, el demandado reúne cada uno de los requisitos que se indican a continuación en los puntos 9a a 9f.
- El demandado tiene un diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico de la misma clase, según se define en el actual Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (Explique a continuación):
 - El demandado padece actualmente un trastorno mental grave, como se define en el Código de Bienestar e Instituciones, sección 5600.3(b) (2), ya que el trastorno:
 - (1) Es grave en grado y persistente en duración;
 - (2) Puede causar o ha causado un comportamiento que interfiere sustancialmente con las actividades primarias de la vida diaria del demandado; y
 - (3) Puede resultar o ha resultado en la incapacidad del demandado para mantener un ajuste estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación durante un periodo largo o indefinido.
 (Describa a continuación la gravedad, la duración y los efectos del trastorno mental del demandado):

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): Solo para información DEMANDADO	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
---	---

9. c. El demandado no está actualmente estabilizado en un tratamiento voluntario en curso. *(Describa a continuación la condición actual del demandado y cualquier tratamiento en curso):*

d. Al menos una de las siguientes declaraciones es cierta *(complete (1) o (2) o ambas):*

(1) ☐ Es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad sin supervisión **y** su condición se está deteriorando considerablemente. *(Explique por qué es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad, describa el tipo de supervisión que necesitaría para sobrevivir de forma segura y describa cómo ha empeorado recientemente su estado físico o mental):*

(2) ☐ El demandado necesita servicios y apoyos para evitar una recaída o un deterioro que podría llevar a una discapacidad grave o a causar daños graves al demandado o a otras personas. *(Describa los servicios y apoyos que necesita el demandado y explique por qué sin ellos el demandado quedaría gravemente discapacitado o presentaría un riesgo de daño para sí mismo o para los demás):*

e. La participación en un plan CARE o en un acuerdo CARE sería la *alternativa menos restrictiva necesaria* para asegurar la recuperación y la estabilidad del demandado. *(Explique por qué ningún otro plan de tratamiento menos restrictivo funcionaría tan bien para el demandado):*

f. Es probable que el demandado se beneficie de la participación en un plan CARE o un acuerdo CARE porque *(explique a continuación):*

10. **OPCIONAL: Otra información** *(si corresponde, marque cualquiera de las siguientes afirmaciones que sea cierta y proporcione la información solicitada si la sabe):*

a. ☐ El demandado necesita servicios de interpretación o una modificación por discapacidad. *(Si lo sabe, describa lo que necesita):*

b. ☐ El demandado es atendido por un centro regional. *(Si lo sabe, indique el nombre del centro y los servicios que le presta):*

c. ☐ El demandado es o ha sido miembro de las fuerzas armadas estatales o federales o de las reservas. *(Si lo sabe, indique el nombre de la rama):*

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): Solo para información DEMANDADO	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
--	--

10. d. ☐ El demandado es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal. (Si lo sabe, ponga el nombre y dirección postal de la tribu):
- e. ☐ El demandado está recibiendo servicios de un programa de servicios de salud para indígenas de California, un departamento de salud conductual tribal de California o una corte tribal de California. (Si lo sabe, indique el nombre y dirección postal del programa, departamento o corte):
- f. ☐ El demandado se encuentra dentro de la jurisdicción de dependencia, delincuencia o transición de una corte de menores. (Si lo sabe, indique lo siguiente):
- (1) Corte:
- (2) Número de caso:
- (3) El abogado del demandado en un proceso de la corte de menores (nombre):
(dirección postal):
(número de teléfono): (email):
- g. ☐ El demandado tiene un tutor nombrado por la corte. (Si lo sabe, ponga lo siguiente):
- (1) Corte:
- (2) Número de caso:
- (3) El abogado del demandado en un proceso de tutela de adulto (nombre):
(dirección postal):
(número de teléfono): (email):
11. Remisión de la corte (complete este punto solo si corresponde; si no sabe alguna de la información solicitada, deje esa parte en blanco):
- ☐ Esta petición se presenta en respuesta a una remisión del demandado de otro proceso de la corte.
- a. Corte, departamento y juez:
- b. Número de caso:
- c. Tipo de proceso del cual fue remitido el demandado (marque una):
- (1) ☐ Acto procesal de competencia mental que surge de un proceso penal (Código Penal, §§ 1370, 1370.01)
- (2) ☐ Tratamiento ambulatorio asistido (Código de Bienestar e Instituciones, §§ 5346-5348)
- (3) ☐ Tutela de adulto conforme a la Ley de Lanterman-Petris-Short (Código de Bienestar e Instituciones, §§ 5350-5372)
- d. ☐ La orden de remisión se adjunta con el título "Attachment 11" (Adjunto 11) (opcional).
- e. El abogado del demandado en el procedimiento del cual se hizo la remisión (nombre):
(dirección postal):
(número de teléfono): (email):

12. Número de páginas adjuntas: _____

Fecha:

(ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ABOGADO, SI LO HAY)

(FIRMA DEL ABOGADO, SI LO HAY)

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

Fecha:

(ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL SOLICITANTE)

Solo para información

(FIRMA DEL SOLICITANTE)