

**EN EL TRIBUNAL DEL CIRCUITO DEL  
ESTADO DE OREGÓN  
PARA EL CONDADO DE LINN**

En el asunto de \_\_\_\_\_ ) NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL  
 )  
 )  
 )  
\_\_\_\_\_,  
Persona que presuntamente padece )  
una enfermedad mental )

AL (LA) JUEZ(A) DEL JUZGADO DEL CIRCUITO:

El (La) o los (las) abajo firmantes, cada uno(a) habiendo prestado juramento, dice que:

\_\_\_\_\_, estando actualmente en el condado mencionado arriba y en el Estado de Oregon, es una persona mentalmente enferma (vea la definición establecida por la ley en el reverso) porque:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

y necesita tratamiento, atención y custodia.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde/relación)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde/relación)

\_\_\_\_\_  
(Domicilio)

\_\_\_\_\_  
(Domicilio)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Número telefónico)

\_\_\_\_\_  
(Número telefónico)

Suscrito bajo juramento en mi presencia este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notario Público para Oregon

Mi comisión caduca en

\_\_\_\_\_  
Estado de Oregon

División de Salud Mental  
**NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL  
ANTECEDENTES DEL CASO\***

**A. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN** Este informe es acerca de –

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s)
Nombre propio
Inicial 2do  
nombre

Nombre de soltera(o) u otros nombres usados: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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

Domicilio de residencia: \_\_\_\_\_  
Calle
Ciudad
Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tiempo que ha residido en el domicilio: \_\_\_\_\_ En Oregón: \_\_\_\_\_

Si no es residente de Oregon, estado de residencia legal: \_\_\_\_\_ País de ciudadanía \_\_\_\_\_  
Ubicación actual en caso de no estar en su domicilio de residencia (ya sea hospital, centro de  
tratamiento, cárcel o cualquier otro lugar): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  

Calle

\_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
--------	--------	---------------	----------

Nombre de un pariente o tutor legal \_\_\_\_\_  

Parentesco

\_\_\_\_\_

Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
-------	--------	--------	---------------	----------

Nombres de dependientes (incluyendo cónyuge) y edades:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

# De Seguro Social: \_\_\_\_\_ # de Medicaid o Medicare: \_\_\_\_\_

Número de años de escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Años en esa ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de último empleo: \_\_\_\_\_

Veterano(a): ( ) Sí ( ) No En caso afirmativo: Número de serie: \_\_\_\_\_

Recibe discapacidad para veteranos: ( ) Sí ( ) No En caso afirmativo: Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_

Porcentaje de discapacidad: \_\_\_\_\_

Preferencia religiosa: \_\_\_\_\_

Estos antecedentes del caso deberán ser proporcionados solamente al Investigador Previo al Internamiento, al Tribunal y al (a la) abogado(a) de la persona, así como al centro de internamiento en caso de que se le interne.



3. Marque los rasgos o conductas que describen a esta persona actualmente:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Postrado(a) en cama                               | <input type="checkbox"/> Tenso(a) o temeroso(a)  | <input type="checkbox"/> Desaliñado(a) |
| <input type="checkbox"/> Excitado(a) o agitado(a)                          | <input type="checkbox"/> Deprimido(a)  | <input type="checkbox"/> Violento(a)   |
| <input type="checkbox"/> Suicida   | <input type="checkbox"/> Apático(a) o indiferente                                      | <input type="checkbox"/> Homicida      |
| <input type="checkbox"/> Hostil o sospechoso(a)                            | <input type="checkbox"/> Confuso(a), divagante, desorganizado(a) en su pensar o hablar |  |
| <input type="checkbox"/> Aparentemente ve o escucha cosas que no están ahí |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cree sin razón que la gente está en su contra     |  |  |
| <input type="checkbox"/> Se retrae física o psicológicamente de los demás  |  |  |

4. Describa cualquiera de los rasgos o conductas que mencionó arriba (si necesita espacio adicional, use la última página).

---

---

---

---

---

---

---

---

5. ¿Cómo y cuándo empezaron estos problemas?  Gradualmente  Repentinamente  
Por favor, explique:

---

---

6. Describa alguna situación o incidente reciente que pudiera haber causado estos problemas:

---

---

---

7. Describa cómo era esta persona antes del comienzo de estos problemas mentales:

Bien adaptado(a)  Inestable Por favor, explique:

---

---

---

8. ¿Ha sido esta persona paciente en alguna clínica de salud mental, ha visto a algún médico privado o terapeuta, o ha estado hospitalizado o en algún otro centro que da servicios a personas con trastornos mentales? ( ) Sí ( ) No. En caso afirmativo, ¿a quién, dónde y cuándo?

---

---

---

9. ¿Qué medicamentos toma esta persona actualmente? Incluya tanto los que le han recetado como los que no.

---

---

---

10. ¿Qué medicamento le han recetado a esta persona que no se esté tomando?

---

---

---

11. ¿Ha estado esta persona abusando del alcohol o de alguna droga o se ha hecho adicta a éstos?

---

---

12. ¿Ha mostrado esta persona alguna conducta antisocial (como quebrantar la ley o las costumbres sociales importantes)? ( ) Sí ( ) No En caso afirmativo, escriba una lista de cualquier arresto reciente y relevante, la condena y cuando.

---

---

13. ¿Tiene esta persona cargos delictivos o civiles en su contra en este momento?  
( ) Sí ( ) No En caso afirmativo, explique.

---

---

14. ¿Ha tenido esta persona alguna enfermedad reciente o crónica, o algún accidente grave?  
( ) Sí ( ) No En caso afirmativo, explique.

---

---

15. ¿Tiene esta persona algún defecto físico o deformidad? ( ) Sí ( ) No

---

---

---

16. ¿Requiere esta persona de alguna ayuda inusual para su cuidado personal? ( ) Sí ( ) No

---

---

---

**C. INFORMACIÓN ADICIONAL**

1. ¿Ha habido algún otro miembro de la familia inmediata de esta persona que haya tenido algún trastorno mental? ( ) Sí ( ) No Por favor, explique.

---

---

2. Proporcione los nombres y domicilios de parientes o amigos(as) que tengan interés en el bienestar de esta persona.

<u>Nombre</u>	Parentesco	<u>Domicilio</u>	<u>Teléfono</u>
---------------	------------	------------------	-----------------

---

---

---

3. ¿Qué agencias sociales están interesadas e involucradas en esta persona o familia? Proporcione el nombre, domicilio y tipo de agencia interesada.

---

---

---

---

4. Nombre y domicilio del médico familiar.

---

---

5. Durante esta enfermedad actual, ¿qué planes se han considerado además del internamiento?

---

---

---

---

6. ¿Cuál sería la actitud de esta persona en caso de sugerir su hospitalización?

---

¿Y en caso de que se le quiera internar? \_\_\_\_\_

---

**D. PERSONA(S) QUE PROPORCIONÓ(ARON) ESTA INFORMACIÓN:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo ha conocido usted a esta persona? \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien la conoce? \_\_\_\_\_

HOJA DE DESCRIPCIÓN

(para complementar los Antecedentes del Caso de N.M.I.)  
(N.M.I. - Notificación de enfermedad mental por sus siglas en ingles))

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ COLOR DE PELO: \_\_\_\_\_ COLOR DE OJOS: \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS: (cicatrices, tatuajes, barba, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OTRAS PERSONAS EN ESTE DOMICILIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿ESTA PERSONA MANEJA UN COCHE?      SÍ ( )      NO ( )

EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA EL COCHE:    MARCA Y MODELO

\_\_\_\_\_

AÑO: \_\_\_\_\_    COLOR: \_\_\_\_\_    # DE PLACAS: \_\_\_\_\_

INDICACIONES PARA LLEGAR AL LUGAR DE RESIDENCIA, EN CASO DE ESTAR FUERA DE  
LOS LÍMITES DE LA CIUDAD O SI ES DIFÍCIL DE UBICAR:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LA RESIDENCIA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_