

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA  
**Tribunal de Primera Instancia**  
Sala  Superior  Municipal de \_\_\_\_\_

<i>Persona que solicita el remedio</i>	Caso Núm. _____
En interés de:	Sobre: Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico
<i>Persona para la que se solicita el remedio</i> <i>Ex parte</i>	

**PETICIÓN AL AMPARO DE LA LEY DE SALUD MENTAL DE PUERTO RICO  
(LEY NÚM. 408-2000)**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad,  
(Nombre y apellidos)

y con las siguientes circunstancias personales:

Dirección física: \_\_\_\_\_

Indique si la dirección física es igual a la dirección postal:

Sí  No (por favor, indique la dirección postal):

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono residencial o alternativo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con la persona para la que se solicita el remedio:

- cónyuge o pareja  padre  madre  hijo(a)  otro familiar  
 profesional de la salud (miembro de equipo inter o multidisciplinario, trabajador(a) social, manejador(a) de caso, etc.)  
 funcionario(a) del orden público  dueño(a) de hogar para cuidado prolongado o tratamiento residencial  otro: \_\_\_\_\_

Si comparece en calidad de profesional de la salud, indique lo siguiente:

Número de licencia profesional: \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución proveedora de servicios a la cual representa: \_\_\_\_\_

Dirección postal de la institución de servicios: \_\_\_\_\_

Correo electrónico oficial: \_\_\_\_\_

Teléfono oficial: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si comparece en calidad de profesional de la salud, funcionario(a) del orden público o dueño(a) de hogar de cuidado prolongado o tratamiento residencial, provea la siguiente información, si la conoce:

Nombre de cónyuge, tutor(a) legal o familiar más cercano de la persona para la que solicita el remedio: \_\_\_\_\_

Dirección de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Caso Núm. \_\_\_\_\_

Declaro y solicito lo siguiente:

1. Tengo motivos para creer que \_\_\_\_\_,  
(Indique el nombre y apellidos de la persona para la que se solicita el remedio)  
de \_\_\_\_\_ años, cuyo estado civil es  soltero(a)  casado(a)  desconozco, y que se encuentra en \_\_\_\_\_, tiene o aparenta padecer un trastorno  
Pueblo  
mental, un trastorno relacionado a sustancias o alcohol o ambas y ha cometido actos que representan peligro para sí, para otras personas y/o para la propiedad, y/o no puede manejar su vida cotidiana, protegerse o cuidarse.

2. Al presente, esta persona se encuentra:  
 en su lugar de residencia habitual  hospitalizada  
 internado(a) en hogar para cuidado prolongado o tratamiento residencial  
 deambula por \_\_\_\_\_  se desconoce su paradero  
 otro: \_\_\_\_\_

3. Por las razones que se expresan a continuación, solicito los siguientes remedios:

La detención temporera de esta persona, por un periodo no mayor de veinticuatro (24) horas para que sea evaluada por un equipo inter o multidisciplinario de profesionales de la salud mental, quienes determinarán la necesidad de que sea sometida a tratamiento y recomendarán el nivel de cuidado adecuado según sus signos y síntomas. Si la recomendación de nivel de cuidado resultara ser la de una hospitalización involuntaria, se solicita al tribunal que expida la orden para ingreso involuntario por un máximo de quince (15) días, cuando el equipo de profesionales que evaluó a la persona certifique al tribunal tal necesidad dentro del término dispuesto por ley.

*Si seleccionó este remedio, complete lo siguiente:*

Durante las pasadas veinticuatro (24) horas, la parte para la que se solicita el remedio realizó los siguientes actos (indique también hora y lugar e incluya el nombre de testigos si los hay y su información de contacto, si la conoce):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

El ingreso involuntario de esta persona por un máximo de quince (15) días. (Seleccione esta opción únicamente si cuenta con la certificación del proveedor de servicios de salud mental en la que se indica que la persona fue evaluada y se recomienda que sea ingresada involuntariamente por un periodo máximo de quince (15) días para continuar el tratamiento indicado. La certificación médica debe ser incluida junto con la petición).

El tratamiento compulsorio para esta persona (especifique cuál de los siguientes dos escenarios es el que aplica):

la persona no ha sido evaluada, por lo que se solicita que se le ordene a someterse a una evaluación por un equipo de profesionales de la salud mental para determinar si debe ser sometida a tratamiento compulsorio y se señale una vista para discutir el resultado de la evaluación.

Caso Núm. \_\_\_\_\_

*Si seleccionó esta opción, complete lo siguiente:*

La parte para la que se solicita el remedio realizó los siguientes actos (indique lugar y fecha):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- la persona fue evaluada y el equipo de profesionales de la salud mental recomienda esta modalidad de tratamiento, por lo que se solicita que se señale una vista para discutir las recomendaciones de la evaluación. (Si seleccionó esta opción, la certificación médica debe ser incluida junto con la petición).
  
  - El cambio de estatus de ingreso voluntario a ingreso involuntario para esta persona, quien aceptó voluntariamente a recibir tratamiento a nivel hospitalario, pero ahora rehúsa continuar con el tratamiento a pesar de que no se han podido estabilizar sus signos y síntomas. (Si seleccionó esta opción, la certificación médica debe ser incluida junto con la petición).
  
  - La terapia electroconvulsiva para esta persona, quien debido a su condición no puede consentir a este tratamiento que es parte de las recomendaciones clínicas y que de no recibirlo pudiera sufrir daño inminente.
4. La persona ha sido objeto de ingreso involuntario o tratamiento compulsorio previamente:  
 Sí, indique cuándo, si conoce (fecha): \_\_\_\_\_  
 No    Desconozco
5. La persona tiene plan médico:    Sí    No    Desconozco  
Indique cual plan médico, si conoce: \_\_\_\_\_
6. Indique si acompaña algún documento con la presente petición:  
 No se incluyen documentos  
 Certificación con la recomendación del equipo inter o multidisciplinario para ingreso involuntario, tratamiento compulsorio o cambio de estatus  
 Otro: \_\_\_\_\_
7. Indique si usted puede participar de manera virtual en las vistas de este caso mediante el sistema de videoconferencia:    Sí    No
8. Indique si desea recibir avisos y notificaciones del Tribunal por mensaje de texto al número de celular provisto:    Sí    No (podrían aplicar tarifas de texto o datos de su compañía de celular)

Caso Núm. \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN BAJO PENA DE PERJURIO

Al presentar esta petición, certifico, bajo pena de perjurio, que soy la parte peticionaria en este caso, que mi nombre y circunstancias personales son las indicadas anteriormente y que la información detallada en este documento es cierta por constarme de propio y personal conocimiento, y doy fe de que lo expresado es correcto y veraz.

La presente petición no se hace por tener algún interés económico o litigio civil, criminal o administrativo, o de ninguna otra naturaleza relacionada con esta persona, ni por ningún otro motivo que no sea procurar la seguridad y el bienestar de la persona para quien se solicita el remedio, la de otras personas y la de cualquier propiedad involucrada. Afirmo, además, que compareceré ante el Tribunal para declarar bajo juramento sobre tales hechos en la vista.

El \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
*Nombre de la persona que solicita el remedio*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la persona que solicita el remedio*

El Poder Judicial de Puerto Rico ofrece acomodos razonables para que las personas con discapacidades tengan la misma oportunidad de participar en los procesos judiciales o de sus programas, servicios y actividades. Si usted o la persona para quien solicita un remedio necesita un(a) intérprete o acomodo razonable, puede solicitarlo mediante el formulario de *Solicitud de Servicios de Intérprete, Acomodos Razonables y Grabación en Video* (OAT 1948), disponible en la Secretaría de los tribunales, en los Centros *Pro Se* y a través del Tribunal Electrónico en la siguiente dirección: <https://poderjudicial.pr/Documentos/formularios/OAT-1948.pdf>.