

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. _____

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>.