

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
Tribunal de Primera Instancia
 Sala Superior Municipal de: _____

_____ PARTE PETICIONARIA En interés de: _____ (Persona para quien se solicita remedios) EX-PARTE

Caso Núm. _____

Sobre: Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico
 Ingreso involuntario, tratamiento compulsorio, cambio de estatus

Ninguna información de este documento será divulgada a terceros sin la autorización expresa del Tribunal. La información aquí suministrada será utilizada como referencia y para efectos estadísticos.

**FORMULARIO DE DATOS PERSONALES
 (CONFIDENCIAL)**

I. INFORMACIÓN DE LA PARTE PETICIONARIA			
Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
Apodo _____			
Sexo: _____ Edad: _____ País de Origen: _____			
Relación con la persona para quien se solicita remedios: _____			
Dirección Residencial: _____		Dirección Postal: _____	
Teléfono Residencial: () - _____ Teléfono Celular: () - _____			
Correo Electrónico: _____			

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA QUIEN SE SOLICITA REMEDIOS			
Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
Apodo _____			
Sexo: _____ Edad: _____ País de Origen: _____			
Dirección Residencial: _____		Dirección Postal: _____	
Teléfono Residencial: () - _____ Teléfono Celular: () - _____			
Correo Electrónico: _____			
¿La persona trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Dónde trabaja? _____			
Plan Médico: _____		Fecha de la Solicitud (día/mes/año)	

III. DATOS DEL (DE LA) PARTICIPANTE

1. ¿Qué relación guarda la parte peticionaria con el (la) participante?
 Familiar Profesional No hay relación Vecino(a)/Amigo(a) Otro: _____
2. Remedio legal por el cual se encuentra en la sala:
 Ingreso Involuntario Tratamiento Compulsorio Ambos
 Otros: _____
3. Escoja la categoría que describe a la persona participante:
 Viene hoy por primera vez al Tribunal por un remedio en virtud de la Ley Núm. 408.
 Participó y fue supervisado(a) anteriormente por el Tribunal bajo la Ley Núm. 408, incluya la fecha (d/m/a): _____ .
 Actualmente es supervisado por el Tribunal bajo la Ley Núm. 408 y fue necesario obtener otra orden.
 Viene de traslado de otra región judicial Desconozco
 Participó y fue supervisado(a) anteriormente por el Tribunal bajo la Ley Núm. 67.
 Es supervisado(a) o ha sido supervisado(a) por la Sala Especializada de Salud Mental incluya la fecha (d/m/a): _____ .
4. Último grado de escolaridad completado:
 Ninguno Escuela Elemental e Intermedia Escuela Superior, sin graduarse
 Escuela Superior, graduado con Diploma Bachillerato Estudios graduados
 Desconozco Otro: _____
5. Estado Civil:
 Soltero(a) Casado(a) Desconozco
6. ¿Tiene hijos?
 Sí No Desconozco ¿Cuántos hijos tiene? _____
7. ¿Tiene la persona participante dónde vivir?
 Sí No Desconozco
8. ¿Con quién reside el (la) participante?
 Solo(a) Familiares Amigo(a) Desconozco
9. Plan Médico Principal
 Privado Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico No posee Desconozco
10. ¿Padece el (la) participante de adicción a drogas?
 Sí No Desconozco
11. Si contestó sí, ¿Qué drogas consume la persona participante con mayor frecuencia?
 Marihuana Cocaína Crack Heroína
 Speed ball (Heroína y cocaína) Alcohol Medicamentos
 Otro tipo de droga: _____ Desconozco
12. ¿La persona participante ha intentado suicidarse alguna vez?
 Sí No Desconozco
13. Indique si el (la) participante es veterano(a):
 Sí No Desconozco

14. ¿La persona participante es o ha sido víctima de violencia doméstica?
 Sí No Desconozco
15. Indique qué impedimentos tiene la persona, si alguno:
 Visual Auditivo Cognoscitivo Ninguno Desconozco
16. ¿La persona participante ha sido convicta(o) por comisión de delitos?
 Sí No Desconozco
17. La persona participante ha recibido servicios de los siguientes programas de la Rama Judicial:
 Drug Courts Sala de Violencia Doméstica Centros *Pro Se*
 Remoción de Menores, Justicia para la Niñez Otros: _____
18. ¿Conoce algún diagnóstico mental de la persona?
 Sí No Desconozco ¿Cuál? _____