

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

Persona que solicita el remedio

En interés de:

Persona para la que se solicita el remedio

Ex parte

Caso Núm. _____

Sobre: Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico

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 fines estadísticos.

FORMULARIO CONFIDENCIAL DE DATOS PERSONALES – SALUD MENTAL

I. INFORMACIÓN Y DATOS DE LA PERSONA PARA QUIEN SE SOLICITA EL REMEDIO		
1. Nombre y apellidos:	_____	
2. Dirección física:	_____ _____	
3. Correo electrónico:	_____	
4. Teléfono celular: (_____) _____ - _____		
5. Teléfono residencial o alternativo: (_____) _____ - _____		
6. Edad: _____	<input type="checkbox"/> Desconozco	
7. Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexo <input type="checkbox"/> Se identifica como: _____ <input type="checkbox"/> Desconozco <input type="checkbox"/> Prefiero no informar	
8. ¿Cuál de los siguientes términos le describen? (marque todas las que apliquen):	<input type="checkbox"/> Negro(a) o afrodescendiente <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Se identifica como: _____ <input type="checkbox"/> Desconozco <input type="checkbox"/> Prefiero no informar	
9. Indique cuál de los siguientes términos le identifican (marque todas las que apliquen):	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> Estadounidense <input type="checkbox"/> Dominicano(a) <input type="checkbox"/> Colombiano(a) <input type="checkbox"/> Mexicano(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Europeo(a) <input type="checkbox"/> Se identifica como: _____ <input type="checkbox"/> Desconozco <input type="checkbox"/> Prefiero no informar	
10. ¿La persona trabaja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
11. ¿Con quién reside la persona?	<input type="checkbox"/> Solo(a) <input type="checkbox"/> Familiares [incluye cónyuge, padre, madre, hijos(as)] <input type="checkbox"/> En hogar residencial <input type="checkbox"/> Amistades <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconozco	
12. ¿Conoce algún diagnóstico mental de la persona?	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
13. ¿Conoce si la persona tiene algún diagnóstico de discapacidad intelectual o deficiencias en el desarrollo?	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
14. ¿La persona consume drogas?	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál o cuáles? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
15. ¿La persona consume alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
16. ¿La persona ha intentado suicidarse alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
17. ¿La persona es veterana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
18. ¿La persona ha sido víctima de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
19. ¿La persona ha sido convicta por comisión de delitos o tiene algún proceso criminal pendiente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco	
_____ <i>Nombre de la persona que solicita el remedio</i>	_____ <i>Firma de la persona que solicita el remedio</i>	_____ <i>Fecha (día/mes/año)</i>