





CIVIL NÚM. \_\_\_\_\_

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

(Se incluye con esta petición una recomendación expedida por una institución proveedora de servicios a los fines de recibir tratamiento bajo las disposiciones de los Artículos 4.10 y 4.11 de la Ley Núm. 408-2000, según enmendada).

los actos realizados, la persona aparenta padecer un trastorno mental, un trastorno relacionado a sustancias o ambas, y constituye un peligro para sí, para otros(as), o la propiedad, y no puede manejar su vida cotidiana, protegerse o cuidarse, por no querer someterse a evaluación, continuar con tratamiento o no está capacitado para consentir.

5. Que la persona ha sido objeto de ingresos involuntarios previamente o tratamiento compulsorio  Sí  No  Desconozco.

6. Que la Solicitud u Orden de ingreso involuntario o tratamiento compulsorio más reciente fue en \_\_\_\_\_  Desconozco.  
*Fecha (d/m/a)*

7. Que la persona posee cubierta de plan médico  Sí  No  Desconozco  
Indique cuál, si conoce \_\_\_\_\_ .

POR LO ANTES EXPUESTO, solicito respetuosamente de este Honorable Tribunal que Ordene a \_\_\_\_\_ :  
*Persona para quien se solicita el tratamiento*

Su participación compulsoria en el tratamiento recomendado; so pena de incurrir en un desacato al Tribunal de no cumplir con este. Se solicita además que se ordene a la institución proveedora de servicios a proveer el tratamiento en el nivel recomendado.

Someterse a una evaluación por un(a) psiquiatra en consulta con un equipo inter o multidisciplinario en una institución proveedora de servicios para determinar el nivel de tratamiento, si alguno y se ordene su participación compulsoria.

En \_\_\_\_\_ , Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Parte Peticionaria

\_\_\_\_\_  
Firma de la Parte Peticionaria

CIVIL NÚM. \_\_\_\_\_

JURAMENTO

Yo \_\_\_\_\_ , de \_\_\_\_\_ años de edad,  soltero(a),  
 casado(a), de ocupación \_\_\_\_\_ y residente en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ bajo juramento declaro que:

1. Mi nombre y circunstancias personales son las indicadas anteriormente.
2. Soy la parte peticionaria en el presente caso.
3. Todos y cada uno de los hechos expuestos en este documento son ciertos por constarme de propio y personal conocimiento.

En \_\_\_\_\_ , Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Firma de la Parte Peticionaria

Jurado y suscrito ante mí por \_\_\_\_\_ ,  
la parte peticionaria antes mencionada y cuya identidad ha sido acreditada conforme a  
los mecanismos de ley, mediante \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ .  
Tipo de identificación

En \_\_\_\_\_ , Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la)  
Secretario(a) Regional

Por: \_\_\_\_\_  
Nombre del (de la)

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la)