

Aviso de Certificación para Tratamiento Intensivo de conformidad con la Sección 5250 (Tratamiento Intensivo de 14 Días) o 5270.15 (Tratamiento Intensivo Adicional de 30 Días por Incapacidad Grave) del Código de Bienestar e InstitucionesInformación confidencial del paciente ☐ retención de 14 días ☐ retención de 30 días

La agencia autorizada que brinda servicios de evaluación en el Condado de _____ ha evaluado la condición de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nosotros, los abajo firmantes, afirmamos que la persona mencionada anteriormente: (marque todo lo que corresponda)

☐ Es un peligro para los demás como resultado de un trastorno de salud mental.☐ Es un peligro para sí misma como resultado de un trastorno de salud mental.☐ Está gravemente incapacitada, según la definición de la subdivisión (h) de la Sección 5008 del Código de Bienestar e Instituciones, como resultado de un trastorno de salud mental, un trastorno grave por uso de sustancias, o un trastorno de salud mental concurrente y trastorno grave por uso de sustancias.

Los hechos específicos que fundamentan nuestra opinión de que la persona antes mencionada cumple con una o más de las clasificaciones indicadas anteriormente son los siguientes:

La persona mencionada anteriormente ha sido informada de esta evaluación y de la necesidad de la misma, pero no ha podido o no ha querido aceptar el tratamiento de forma voluntaria, o aceptar la remisión a los siguientes servicios:

Por tanto, certificamos que la persona mencionada anteriormente recibirá tratamiento intensivo relacionado con el trastorno mental y/o el trastorno grave por uso de sustancias a partir de este día _____ de _____ de _____, en el establecimiento de tratamiento intensivo aquí citado:

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por la presente declaro que, en el día de la fecha, entregué una copia de este aviso a la persona mencionada anteriormente y que le informé que, a menos que se solicite una revisión judicial, se llevará a cabo una audiencia de revisión de certificación dentro de los cuatro días siguientes a la fecha en que la persona esté certificada para un período de tratamiento intensivo y que un abogado o defensor le visitará para brindarle asistencia en la preparación de la audiencia o para responder preguntas sobre su internamiento o para brindarle otro tipo de asistencia. Este tribunal ha sido notificado de la presente certificación en el día de la fecha.

Firma: _____ Fecha: _____

Original: Tribunal superior**Copias:** Persona certificada – Entregado personalmente
Abogado de la persona
Defensor público
Fiscal de distrito
Establecimiento de tratamiento intensivo