

Referencia solamente. NO se puede entregar al tribunal.

INFORME DEL EQUIPO CLÍNICO	Nº del Expediente	Estado de Massachusetts Tribunal de Primera Instancia Tribunal de Familia, Sucesiones y Testamentos
<u>INSTRUCCIONES PARA COMPLETARLO</u>		División _____
<p>El Tribunal de Familia, Sucesiones y Testamentos usará este documento en el proceso de determinar si nombrar o no a un tutor y/o a un curador para que se responsabilice de una persona con una discapacidad intelectual. Un psicólogo certificado, un médico certificado y un trabajador social autorizado, cada uno de quienes tiene experiencia en examinar a las personas con discapacidades intelectuales, tiene que completar este formulario.</p>		

Al psicólogo certificado, al médico certificado y al trabajador social autorizado que complete este documento:

Usted tiene que completar este documento. Si hay alguna información de la cual no tenga conocimiento directo, se le insta a consultar a tales personas que sean necesarias para completar el formulario entero. Estas podrían incluir a otros profesionales de cuidados de la salud y/o a otros familiarizados con el individuo (p.ej., a miembros de la familia o a profesionales de servicios sociales). Identifique las fuentes de información escrita u oral en la Sección 1.

Si completa este formulario en el ordenador y requiere más espacio para cualquier sección narrativa, la sección se ampliará para permitir la información adicional. No use terminología médica y/o abreviaciones sin explicarlas con palabras que la persona media pueda entender.

TIENE QUE COMPLETAR TODAS LAS PÁGINAS Y SECCIONES QUE CONSTAN AQUÍ.

A los Honorables Jueces del Tribunal de Familia, Sucesiones y Testamentos:

Por la presente, los especialistas que constan en la sección 8 certifican so pena de perjurio que ellos:

1. Están autorizados por el Estado de Massachusetts y tienen experiencia en examinar a las personas con discapacidades intelectuales.
2. Personalmente examinaron a _____

	Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Edad
quien vive en _____	(Dirección)	(Apto. Unid., Nº, etc.)	(Ciudad o Pueblo)	(Estado) (Código Postal)

Fecha(s) del (los) Examen(es): _____

El psicólogo certificado, el: _____
Fecha(s) del (de los) examen(es):

El médico certificado, especializado en _____ el _____
Área de especialidad Fechas(s) del (de los) examen(es)

El trabajador social autorizado, el _____
Fecha(s) del (de los) examen(es)

Si se les pide, los abajo firmantes están dispuestos a presentarle al Juez una declaración de cualificaciones por medio de una declaración jurada o por comparecencia en persona.

Antes del examen se le informó a la persona que las comunicaciones no serían confidenciales.

Sí No

Explicar: _____

1. LA CERTIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Se completó este formulario basándose en una evaluación clínica en persona del individuo. Además del control clínico, hay otras fuentes de información para esta comprobación:

- Revisión de evaluaciones intelectuales, de adaptación y otras pertinentes;
- Discusiones con los profesionales involucrados con el cuidado del individuo;
- Conversaciones con la familia o los amigos;
- Otros.

Los nombres y títulos o relación(es) de esas personas quienes ayudaron en la preparación de este informe.

Nombre	Título o Relación con la persona

Incluya cualquier evaluación intelectual, de adaptación u otras revisadas y las fechas de las pruebas.

Prueba	Fecha

Escriba el resultado numérico de la Prueba de Inteligencia. _____

2. CONDICIÓN(ES) DIAGNOSTICADA(S) CLÍNICAMENTE QUE PUEDA(N) RESULTAR EN LA DISCAPACIDAD

A. Discapacidad Intelectual

Diagnóstico de Discapacidad Intelectual

¿Tiene la persona una discapacidad intelectual que se defina en las Leyes Generales cap. 190B, seccs. 5-101(12) como una limitación mayor del funcionamiento actual que empezó antes de los 18 años, manifestada por un funcionamiento intelectual considerablemente por debajo de la media que exista a la misma vez con limitaciones asociadas con dos o más de las siguientes áreas de destrezas aplicables: la comunicación, el cuidarse a sí mismo, la vida en familia, las destrezas sociales, desenvolverse en la comunidad, la independencia, la salud y la seguridad, el funcionamiento académico, el ocio y el trabajo?

- Sí No

Incluya el diagnóstico y describa el nivel de la discapacidad Intelectual y el impacto en la habilidad de tomar decisiones fundadas.

B. Otros Diagnósticos Importantes: (Escriba otros diagnósticos significativos, físicos o mentales, que afecten la habilidad de tomar decisiones.)

C. Escriba todos los medicamentos que puedan influir en la habilidad de tomar decisiones fundadas.

Nombre del medicamento/dosis/horario	Describa cualquier influencia positiva o negativa de cada medicamento en la habilidad de la persona para tomar decisiones fundadas.

D. Causas que usted crea que dificulten la capacidad actual para tomar decisiones.

¿Hay alguna causa que podría crear la apariencia de confusión en el individuo pero que podría mejorar con el tiempo o con el tratamiento, tal como el delirio, una enfermedad médica aguda, la interacción de varios medicamentos, la pérdida auditiva, la pérdida de la visión, la muerte de un familiar, etc.? Si es así, describa estas causas y explique cómo podría mejorar el funcionamiento:

3. TRATAMIENTOS INVASIVOS RECETADOS Y/O PROPUESTOS

A. Medicamentos antipsicóticos

Verifique si le han recetado a la persona cualquier medicamento antipsicótico que pueda exigir un plan de tratamiento Rogers.

En su opinión, ¿la persona es capaz de dar un consentimiento informado para su tratamiento con un medicamento antipsicótico?

Sí No

Explicar:

B. Otras intervenciones invasivas

Compruebe si en este momento se han sugerido otras intervenciones invasivas y/o cualquier tratamiento médico fuera de lo común, tales como la terapia electroconvulsiva, un plan de tratamiento de comportamiento de Nivel III, la esterilización, la(s) amputación(es), la eliminación de órgano(s) y el (los) trasplante(s) de órgano(s).

Si ha marcado la casilla, describa el procedimiento o intervención propuestos.

En su opinión, ¿la persona es capaz de dar un consentimiento informado para la intervención sugerida?

Sí No

Explicar:

4. REDES SOCIALES PARA AYUDAR A TOMAR UNA DECISIÓN

¿Tiene la persona una red social que él o ella use para ayudarle a tomar decisiones?

Sí No

Explicar:

5. RIESGO DE HACERSE DAÑO O HACÉRSELO A OTROS

A. La naturaleza de los riesgos Describa cualquier riesgo importante de daño físico o emotivo o de explotación de la persona.

B. ¿Cuán grave es el riesgo del daño?

- Leve Mayor De muerte

C. ¿Cuán posible es el riesgo de daño o de explotación?

- Casi seguro Probable Posible Improbable

6. RECOMENDACIÓN DE TUTELA o CURATELA

Si desea la tutela de la persona, complete la sección 6.1. Si solo quiere una curatela, no complete esta sección. El tribunal prefiere una tutela limitada; describa cómo se puede limitar la tutela. Describa cómo se realizó el examen y mencione ejemplos específicos.

6.1 LA TUTELA: INCAPACIDAD DE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS BÁSICOS PARA LA SALUD, LA SEGURIDAD Y DE CUIDARSE A SÍ MISMO.

A. Las áreas en las cuales la persona puede tomar decisiones fundadas en cuanto a las áreas de destrezas de adaptación incluyendo la salud física, la seguridad y la de cuidarse a sí mismo:

Describa las habilidades que la persona ha mantenido y los comportamientos de adaptación para la salud física, la seguridad, el cuidarse por las cuales la tutela puede limitarse (p. ej., la capacidad de manejar las actividades diarias (ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), tales como la salud, la higiene, el hogar, la comunicación, conducir, el ocio, lo social, valerse en la comunidad; la capacidad de expresar opciones de tratamiento y tomar decisiones médicas; la capacidad de completar gestiones legales de alguna manera o en parte.)

B. Las áreas en las cuales la persona no puede tomar decisiones fundadas en cuanto a las áreas de destrezas de adaptación incluyendo la salud física, la seguridad y de cuidarse a sí mismo.

Describa las deficiencias de salud física, de seguridad y de cuidarse para las cuales la persona necesita un tutor.

C. Si la persona es incapaz de tomar ninguna decisión por sí misma o no puede tomar decisiones fundadas con respecto a la salud física, la seguridad y de cuidarse (es decir, requiere una tutela total), describa por qué:

6.2 CURATELA: INCAPACIDAD DE GESTIONAR EFICAZMENTE LAS PROPIEDADES O LOS NEGOCIOS

Si desea tener una curatela total o limitada del individuo, complete la sección 6.2. El tribunal prefiere las curatelas limitadas.

A. Las áreas en las cuales la persona es capaz de gestionar eficazmente las propiedades o los negocios:

¿Cuáles aptitudes puede mantener el individuo para gestionar su propiedad o patrimonio (p.ej., la habilidad de manejar los pagos, las cuentas, las donaciones, las inversiones, los bienes raíces, de proteger los bienes, de resistir el fraude)?

B. Las áreas en las cuales la persona es incapaz de gestionar eficazmente las propiedades o los negocios:

¿Cuáles son las barreras para tramitar las propiedades y los negocios por las cuales la persona necesita un curador? Describa cómo será malgastada o derrochada la propiedad de la persona a menos que se nombre a un gestor o describa por qué la protección es necesaria para darle dinero para mantener y cuidar a la persona y para su bienestar o para aquellos con derecho a la ayuda del individuo.

C. Si la persona es incapaz de tomar cualquier decisión sobre sus propiedades o negocios y tampoco es capaz de gestionarlos eficazmente, (es decir, necesita una curatela total), describa por qué:

7. ASISTENCIA A LA AUDIENCIA

El individuo puede asistir a la audiencia del tribunal.

Sí No

¿Es probable que sea clínica o emotivamente dañino para la persona asistir a la audiencia del tribunal?

Sí No

Explicar:

Si es que hay alguna, describa las adaptaciones que son necesarias para facilitar la participación del individuo en la audiencia del tribunal:

8. FIRMAS DE LOS ESPECIALISTAS QUIENES COMPLETARON ESTE FORMULARIO

Este documento tiene que ser firmado y fechado por las 3 personas que lo hayan completado. No es necesario notarlo. *

Por la presente, doy fe que el examen de esta persona está dentro del ámbito de mi competencia profesional, basada en mis estudios, entrenamiento y experiencia. Además, certifico que este informe está completo y exacto de acuerdo con mi información y entendimiento.

(FIRMA DEL PSICÓLOGO CERTIFICADO)

Fecha: _____

(Nombre en letras de molde.)

(Tipo de Licencia, número y fecha)

Nº del

Nº de Teléfono de la Oficina: _____

(FIRMA DEL MÉDICO CERTIFICADO)

Fecha: _____

(Nombre en letras de molde)

(Tipo de Licencia, número y fecha)

Referencia solamente. NO se puede entregar al tribunal.

Nº de Teléfono de la Oficina: _____

(FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL AUTORIZADO)

Fecha: _____

(Nombre en letras de molde)

(Tipo de Licencia, número y fecha)

Nº de Teléfono de la Oficina: _____

*** Todas las firmas tienen que ser originales, pero no todas las firmas tienen que estar en la misma página. ***



**TRIAL COURT
TRANSLATION
COMMITTEE**

7/19/2022

Referencia solamente. NO se puede entregar al tribunal.