

PARTE SIN ABOGADO O ABOGADO NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS: NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN (NÚMERO Y CALLE): CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO: FAX: EMAIL: ABOGADO DE (nombre):	SOLO PARA USO DE LA CORTE <h2 style="text-align: center;">Solo para información No entregue a la corte</h2>
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN (NÚMERO Y CALLE): DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE SUCURSAL:	
TUTELA <input type="checkbox"/> DE LA PERSONA <input type="checkbox"/> DEL PATRIMONIO DE (Nombre): <input type="checkbox"/> PUPILO <input type="checkbox"/> PUPILO PROPUESTO	
DECLARACIÓN DE CAPACIDAD—TUTELA DE UN ADULTO	NÚMERO DE CASO: <h2 style="text-align: center;">No entregue a la corte</h2>
<p style="text-align: center;">PARA EL MÉDICO, PSICÓLOGO O PRACTICANTE RELIGIOSO</p> <p>El objetivo de este formulario es permitir a la corte determinar si el pupilo (propuesto) puede hacer lo siguiente (<i>marque todo lo que corresponda</i>):</p> <p>A. <input type="checkbox"/> puede comparecer en una audiencia de la corte para determinar si se debe nombrar un tutor para que lo cuide. La audiencia está fijada para el (fecha): . (Complete el punto 5; luego, firme y presente la página 1 de este formulario).</p> <p>B. <input type="checkbox"/> tiene la capacidad para dar su consentimiento informado para un tratamiento médico. (Complete los puntos 6 a 8, firme la página 3 y presente las páginas 1 a 3 de este formulario).</p> <p>C. <input type="checkbox"/> tiene un trastorno neurocognitivo mayor (incluida la demencia) y, en ese caso, (1) si necesita ser colocado en un centro residencial de cuidados para ancianos, con perímetro seguro, y (2) si necesita o se beneficiaría de tomar medicamentos para el tratamiento de trastornos neurocognitivos mayores (incluida la demencia). (Complete los puntos 6 y 8 de este formulario, y complete el formulario GC-335A; firme y adjunte el formulario GC-335A. Presente las páginas 1 a 3 de este formulario y presente el formulario GC-335A).</p> <p>(Si marca más de un punto arriba, firme la última página aplicable de este formulario o, si se marca el punto C, firme el formulario GC-335A. Presente la página 1 hasta la última página aplicable de este formulario; si se marca el punto C, presente también el formulario GC-335A).</p> <p>COMPLETE LOS PUNTOS 1 A 4 DE ESTE FORMULARIO EN TODOS LOS CASOS.</p>	

INFORMACIÓN GENERAL

4. (Nombre):
5. (Dirección y número de teléfono de la oficina):
6. Soy
- a. un profesional con licencia en California médico psicólogo actuando dentro del alcance de mi licencia tengo al menos dos años de experiencia en el diagnóstico y tratamiento de trastornos neurocognitivos mayores (incluida la demencia).
- b. un practicante religioso acreditado que pide confiar en la oración únicamente para la curación. El pupilo (propuesto) es miembro de mi religión y está bajo mi cuidado. (El practicante SOLAMENTE puede hacer la declaración en el punto 5).
4. Pupilo (propuesto) (nombre):
- a. Vi por última vez al pupilo (propuesto) el (fecha):
- b. El pupilo (propuesto) es NO es un paciente bajo mi tratamiento y cuidados continuos.

CAPACIDAD PARA ASISTIR A LA AUDIENCIA

5. Se fija una audiencia sobre la petición de nombramiento de un tutor para la fecha que se indica en el PUNTO A anterior. (Complete a. o b.)
- a. El pupilo propuesto puede asistir a la audiencia.
- b. Debido a una incapacidad médica, el pupilo propuesto NO puede asistir a la audiencia (a continuación, marque todos los puntos que correspondan)
- (1) en la fecha fijada (vea la fecha en la casilla en el punto A arriba).
- (2) en el futuro previsible.
- (3) hasta el (fecha):
- (4) **Hechos de respaldo** (Indique los hechos en el espacio a continuación o marque esta casilla e indique los hechos en el Adjunto 5).

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha:

(ESCRIBA SU NOMBRE A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DEL DECLARANTE)

Página 1 de 3

TUTELA <input type="checkbox"/> DE LA PERSONA <input type="checkbox"/> DEL PATRIMONIO DE (Nombre):	NÚMERO DE CASO:
<input type="checkbox"/> PUPILO <input type="checkbox"/> PUPILO PROPUESTO	No entregue a la corte

6. EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES MENTALES DEL PUPILO (PROPUESTO)

Nota para el practicante: Este formulario **no** es una escala de calificación. Su finalidad es ayudarle a registrar sus *impresiones* sobre las capacidades mentales del pupilo (propuesto). Cuando corresponda, puede consultar las puntuaciones de los instrumentos de calificación estandarizados.

(Instrucciones para los puntos 6A a 6C): Marque la designación apropiada como se indica a continuación: **a** = no hay deterioro aparente; **b** = deterioro moderado; **c** = deterioro mayor; **d** = tan deteriorado que no se puede evaluar; **e** = no tengo una opinión).

A. Estado de alerta y atención

- (1) Niveles de motivación (letárgico, responde solo a estimulación vigorosa y persistente, estupor)

a b c d e

- (2) Orientación (tipos de orientación deteriorada)

a b c d e Persona

a b c d e Tiempo (día, fecha, mes, estación, año)

a b c d e Lugar (dirección, pueblo, estado)

a b c d e Situación (“¿Por qué estoy aquí?”)

- (3) Capacidad para prestar atención y concentrarse (dar respuestas detalladas de memoria, capacidad mental necesaria para enhebrar una aguja)

a b c d e

B. Procesamiento de la información. Capacidad para:

- (1) Recordar (capacidad para recordar una pregunta antes de responder; para recordar nombres, parientes, presidentes anteriores y eventos de las últimas 24 horas)

i. Memoria a corto plazo a b c d e

ii. Memoria a largo plazo a b c d e

iii. Memoria inmediata a b c d e

- (2) Entender y comunicarse verbalmente o de otra manera (déficits reflejados por la incapacidad para comprender preguntas, seguir instrucciones, usar palabras correctamente o nombrar objetos; uso de palabras sin sentido)

a b c d e

- (3) Reconocer objetos y personas familiares (déficits reflejados por la incapacidad para reconocer rostros familiares, objetos, etc.)

a b c d e

- (4) Comprender y apreciar cantidades (déficits reflejados por la incapacidad para hacer cálculos sencillos)

a b c d e

- (5) Razonar mediante conceptos abstractos (déficits reflejados por la incapacidad para captar aspectos abstractos de su situación o para interpretar expresiones idiomáticas o proverbios)

a b c d e

- (6) Planificar, organizar y llevar a cabo acciones (asumiendo la capacidad física) en el interés racional propio de la persona (déficits reflejados por la incapacidad para dividir las tareas complejas en pasos sencillos y ejecutarlas)

a b c d e

- (7) Razonar con lógica

a b c d e

C. Trastornos del pensamiento

- (1) Pensamiento severamente desordenado (pensamientos divagantes; pensamiento sin sentido, incoherente o no lineal)

a b c d e

- (2) Alucinación (auditiva, visual, olfativa)

a b c d e

- (3) Delirios (creencia demostrablemente falsa y mantenida sin o en contra de la razón o la evidencia.)

a b c d e

- (4) Pensamientos incontrolables o intrusivos (pensamientos compulsivos no deseados, comportamiento compulsivo)

a b c d e

(Continúa en la página siguiente)

TUTELA <input type="checkbox"/> DE LA PERSONA <input type="checkbox"/> DEL PATRIMONIO DE (Nombre):	NÚMERO DE CASO:
<input type="checkbox"/> PUPILO <input type="checkbox"/> PUPILO PROPUESTO	No entregue a la corte

6. (continuación)

- D. **Capacidad para regular el estado de ánimo y el afecto.** El pupilo (propuesto) tiene NO tiene un estado emocional intenso y persistente o recurrente que se aprecia de un grado poco adecuado para sus circunstancias. (En caso afirmativo, complete el resto del punto 6D). No tengo una opinión.

(Instrucciones para el punto 6D): Marque el grado de incapacidad de cada estado de ánimo inadecuado (si lo hay) de la siguiente manera: **a** = ligeramente inadecuado; **b** = moderadamente inadecuado; **c** = gravemente inadecuado).

Enojo	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	Euforia	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	Impotencia	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	Depresión	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	Apatía	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>
Miedo	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	Desesperanza	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	Indiferencia	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>
Pánico	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	Desesperación	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>							

- E. Los periodos de deterioro del pupilo (propuesto) por los déficits indicadas en los puntos 6A-6D

- (1) NO varían de forma considerable en frecuencia, gravedad o duración.
 (2) varían de forma considerable en frecuencia, gravedad o duración (explique; continúe en el Adjunto 6E si es necesario):

- F. (Opcional) Otra información con respecto a mi evaluación de las funciones mentales del pupilo (propuesto) (por ejemplo, diagnóstico, sintomatología y otras impresiones) se indica a continuación se indica en el Adjunto 6F.

CAPACIDAD PARA DAR CONSENTIMIENTO PARA UN TRATAMIENTO MÉDICO

7. Con base en la información anterior, mi opinión es que el pupilo (propuesto)

- a. tiene la capacidad para dar su consentimiento informado a cualquier forma de tratamiento médico. Esta opinión se limita a la capacidad para dar un consentimiento médico.
 b. carece de la capacidad para dar un consentimiento informado a cualquier forma de tratamiento médico porque **ya sea** (1) no puede responder de forma racional y consciente sobre el tratamiento médico **o** (2) no puede participar en una decisión de tratamiento mediante un proceso de pensamiento racional, **o ambas cosas**. Los déficits en las funciones intelectuales que se describen en el punto 6 anterior perjudican de forma considerable la capacidad del pupilo (propuesto) para comprender y apreciar las consecuencias de las decisiones médicas. Esta opinión se limita a la capacidad para dar un consentimiento médico.

(El declarante debe poner sus iniciales aquí si aplica el punto 7b: _____.)

8. Número de páginas adjuntas: _____

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha:

Solo para información

(ESCRIBA SU NOMBRE A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DEL DECLARANTE)