

Puede usar este formulario para darle información a la corte sobre la solicitud de una orden de medicamento para un joven.

No *tiene que* usar este formulario si no quiere hacerlo. Hay otras maneras de dar su aporte a la corte. Puede:

- Enviar una carta al juez,
- Hablar con el juez en la audiencia, o
- Pedirle a su abogado o al trabajador social del menor, a su supervisor de libertad vigilada o al CASA cómo se siente usted.

Puede agregar más páginas a este formulario si necesita más espacio para sus respuestas. Ponga el nombre del menor y el número de la pregunta que está contestando en cada página adicional.

Nombre del menor: _____
(primero) (segundo) (apellido)

① Su nombre: **Solo para información** _____
(primero) (segundo) (apellido)

② Su relación con el menor: Cuidador CASA Padre / madre
 Tutor legal Tribu indígena
 Otro (*explique*): _____

③ ¿Por cuánto tiempo conoce al menor? _____
(años) (meses) (días)

④ ¿Cuánto tiempo tiene el menor viviendo en su casa o centro? _____
(años) (meses) (días)
 El menor no vive conmigo.

Comportamiento del menor

⑤ ¿Cómo se comporta el menor en casa? No lo sé.
Describalo aquí: _____

⑥ ¿Cómo se comporta el menor en la escuela? No lo sé.
Describalo aquí: _____

El secretario pone un sello de la fecha aquí cuando se presenta el formulario.

Solo para información

No entregue a la corte

Ponga el nombre y la dirección de la corte:

Corte Superior de California, Condado de

Ponga el nombre del menor y su fecha de nacimiento:

Nombre del menor:

Fecha de nacimiento:

La corte pone el número de caso cuando se presente el formulario.

Número de caso:

No entregue a la corte

Nombre del menor: _____

Solo para información

Número de caso:
No entregue a la corte

7 ¿Cómo interactúa el menor con sus amistades y compañeros? No lo sé.

Describalo aquí: _____

8 ¿Cómo interactúa el menor con adultos? No lo sé.

Describalo aquí: _____

9 ¿Cómo duerme el menor? No lo sé.

Describe el sueño del menor y cuántas horas duerme cada día: _____

Describe el tratamiento del menor en la actualidad

10 Indique todos los demás tratamientos que esté haciendo el menor en la actualidad:

- Ninguno
- Terapia de plática individual
- Terapia familiar
- Terapia de plática de grupo
- Consejería en la escuela
- Terapia de arte o juego
- Terapia cognitivo conductual (CBT en inglés o práctica de conductas)
- Otro (*indique otros tratamientos aquí*): _____

11 Indique todos los medicamentos que el menor toma frecuentemente en la actualidad: No lo sé.

Nombre del medicamento: _____ Dosis (si la conoce): _____
Nombre del medicamento: _____ Dosis (si la conoce): _____
Nombre del medicamento: _____ Dosis (si la conoce): _____
 Otros medicamentos (*Indíquelos aquí*): _____

12 ¿Usted se reunió con el doctor que recetó el medicamento psicotrópico? Sí No

Si contestó que *Sí*:

- a. ¿Explicó el doctor los beneficios esperados y los posibles efectos secundarios del medicamento y dio más información sobre el medicamento? Sí No
- b. ¿Usted le dio información al doctor sobre el menor? Sí No
- c. ¿Está de acuerdo con el uso del medicamento? Sí No Tengo dudas

Nombre del menor: _____

Solo para información

Número de caso:

No entregue a la corte

13 Seguimiento del menor

- a. ¿Conoce el plan de seguimiento del menor con el doctor? Sí No
- b. ¿Sabe cómo programar citas de seguimiento con este doctor? Sí No
- c. ¿Sabe cómo y dónde obtener el medicamento que recetó el doctor? Sí No
- d. ¿Sabe cómo asegurarse de que el menor llegue a las citas de seguimiento? Sí No
- e. ¿Sabe cómo el menor debe tomar el medicamento? Sí No
- f. ¿Sabe quién está a cargo de que el menor tome el medicamento como corresponde? Sí No
- En caso de que sí, descríbalo aquí:* _____
- g. ¿Sabe qué hacer si el menor tiene una mala reacción al medicamento? Sí No

14 Indique a continuación todo lo que quiere que sepa el juez.

Responda las preguntas 15-23 SOLO si el menor está tomando medicamentos psicotrópicos ahora

Si el menor no está tomando este u otros medicamentos psicotrópicos ahora, pase a la pregunta 24.

- 15** ¿Este medicamento tiene un impacto en el desempeño en la escuela o en la capacidad de aprender del menor?
 Sí No No lo sé

En caso de que sí, descríbalo aquí: _____

- 16** ¿Este medicamento tiene un impacto en la capacidad del menor para concentrarse?
 Sí No No lo sé

En caso de que sí, descríbalo aquí: _____

- 17** ¿Tiene el menor niveles de energía razonables durante el día?
 Sí No No lo sé

En caso de que no, descríbalo aquí: _____

- 18** ¿Este medicamento tiene un impacto en la participación del menor en pasatiempos o actividades después de la escuela?
 Sí No No lo sé

En caso de que sí, descríbalo aquí: _____

Nombre del menor: _____

Solo para información

Número de caso:
No entregue a la corte

19 ¿Es fácil lograr que el menor tome el medicamento?

- Sí No No lo sé

En caso de que no, describa cómo es: _____

20 ¿Alguien habla con el menor sobre cómo se siente cuando toma este medicamento?

- Sí No No lo sé

En caso de que sí, indique quién y con qué frecuencia: _____

21 ¿Cambió el peso del menor con este medicamento? Sí No No lo sé

En caso de que sí, marque uno: Perdió peso Subió de peso ¿Cuántas libras? _____

22 Si sufrió algún otro efecto secundario por el medicamento, indíquelo:

- Dolor de cabeza Estreñimiento Confusión Sensación de mareo
 Problemas para dormir Mucho sueño (cansancio) Náuseas
 Otros (Indique otros efectos secundarios aquí): _____

23 Indique los beneficios que usted ha notado desde que el menor empezó a tomar este medicamento:

24 Marque aquí si va a agregar páginas adicionales a este formulario. Indique cuántas páginas: _____

Fecha:

Su nombre a máquina o en letra de molde

Solo para información

Firme su nombre