

**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) DEL CÓDIGO DE BIENESTAR E INSTITUCIONES**

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE**

- Retención de 14 días  
 Retención de 30 días

La agencia autorizada que brinda tratamiento intensivo de 14 días, condado de \_\_\_\_\_ tiene la custodia de:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Los abajo firmantes, alegamos que la persona arriba mencionada, como resultado de un trastorno mental o impedimento por alcoholismo crónico (marque todo lo que corresponda):

- Es un peligro para otras personas       Es un peligro para sí mismo       Está gravemente incapacitada, según la definición de la subdivisión (h), Sección 5008 del Código de Bienestar e Instituciones

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

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

La persona citada ha sido informada sobre esta evaluación y sobre su necesidad, pero no ha podido o no ha querido aceptar el tratamiento de forma voluntaria, o aceptar ser remitida a los siguientes servicios:

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

En consecuencia, certificamos que la citada persona reciba tratamiento intensivo relacionado con el trastorno mental o impedimento por alcoholismo crónico a partir de este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_, en la institución de tratamiento intensivo aquí nombrada:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por el presente declaro que entregué una copia de este aviso en el día de la fecha a la persona citada y 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 posteriores a la fecha en que la persona fuera certificada para un período de tratamiento intensivo y que un abogado o defensor la visitará para brindarle asistencia con respecto a la preparación de la audiencia o para responder preguntas sobre su compromiso o para brindarle otra asistencia. El tribunal ha sido notificado respecto de esta 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  
Institución de tratamiento intensivo