

IN THE CIRCUIT COURT OF _____ COUNTY, WEST VIRGINIA
 EN EL TRIBUNAL DE CIRCUITO DEL _____ VIRGINIA OCCIDENTAL

IN RE: The Involuntary Hospitalization, Treatment
 Compliance, or Temporary Probable Cause of:
 ASUNTO: La hospitalización involuntaria, el cumplimiento
 del tratamiento o la causa probable temporal de:

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

Criminal Case No. _____

Caso penal n.º _____
 (if applicable)
 (si corresponde)

RESPONDENT (NAME OF PATIENT)
 PARTE DEMANDADA (NOMBRE DEL PACIENTE)

CERTIFICATE OF LICENSED EXAMINER / CERTIFICADO DEL EXAMINADOR AUTORIZADO

*West Virginia Code: §§ 27-5-2, 3 & 4, §27-5-11 and §27-6A-1 (et seq.)
 Código de Virginia Occidental: §§ 27-5-2, 3 y 4, §27-5-11 y §27-6A-1 (y sig.)*

Instructions: All pages of this certificate must be fully completed.

Instrucciones: Todas las páginas de este certificado deben completarse en su totalidad.

I, _____ [*Print Name of Licensed Physician, Licensed
 Psychologist, Court authorized Licensed Independent Clinical Social Worker, or Court authorized Licensed
 Advanced Nurse Practitioner with Psychiatric Certification or Physician Assistant or Licensed Professional
 Counselor*], do hereby certify and state as follows:

Por medio del presente, yo, _____ [*Escriba con letra de molde el
 nombre del médico autorizado, del psicólogo autorizado, del trabajador social clínico independiente autorizado
 aprobado por el Tribunal o del enfermero de práctica avanzada con certificación en psiquiatría aprobado por el
 Tribunal o del asistente médico o del consejero profesional autorizado*] certifico y declaro lo siguiente:

I have personally observed and examined _____ [*full name of
 Respondent*] whose identifying information is believed to be,

DATE OF BIRTH ____ / ____ / ____; WEIGHT _____; HEIGHT _____

HAIR COLOR _____; HAIR LENGTH _____; EYE COLOR _____

SEX _____; RACE _____

RESPONDENT'S LAST KNOWN ADDRESS: _____

PLACE OF BIRTH [*state or country*] _____

He observado y examinado personalmente a _____
 [*nombre completo de la Parte demandada*]

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____; PESO _____; ALTURA _____

COLOR DE PELO _____; LARGO DEL PELO _____; COLOR DE OJOS _____

SEXO _____; RAZA _____

ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA DE LA PARTE DEMANDADA: _____

LUGAR DE NACIMIENTO [*estado o país*] _____

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

THE RESPONDENT IS:

A RESIDENT OF _____ COUNTY, _____ STATE

on this date and my findings are as follows:

Date of Examination: _____ / _____ / _____ Time: _____

Place of the Examination: _____ *[Location]*,
_____ *[City]* _____ *[County]*, West Virginia.

LA PARTE DEMANDADA ES:

RESIDENTE DEL CONDADO DE _____, _____ ESTADO

al día de hoy y mis determinaciones son las siguientes:

Fecha del examen: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Lugar del examen: _____ *[Lugar]*,
_____ *[Ciudad]* _____ *[Condado]*, Virginia Occidental.**FINDINGS / DETERMINACIONES**

1. I find there is reason to believe the Respondent *[initial the appropriate items below]*
He determinado que hay motivos para creer que la Parte demandada *[escriba sus iniciales en las opciones apropiadas abajo]*

_____ **IS mentally ill**
TIENE una enfermedad mental

_____ **IS NOT mentally ill**
NO tiene una enfermedad mental

_____ **IS addicted**
ES adicta

_____ **IS NOT addicted**
NO es adicta

[If the individual is being certified for addiction, initial the following if it is applicable]
[Si a la persona se le está haciendo el certificado por adicción, escriba sus iniciales en lo siguiente si corresponde]

_____ I recommend that the individual be closely monitored because of the reasonable likelihood that withdrawal or detoxification will cause significant medical complications.

_____ Recomiendo que se monitoree de cerca a la persona debido a la probabilidad razonable de que el síndrome de abstinencia o la desintoxicación causen complicaciones médicas importantes.

2. I further find that the Respondent *[initial one]* _____ **IS** _____ **IS NOT** likely to cause harm to himself/herself or others DUE TO HIS/HER MENTAL ILLNESS OR ADDICTION.
Además, he determinado que *[escriba sus iniciales en una]* _____ **ES** _____ **NO ES** probable que cause un daño a sí mismo o a otros DEBIDO A SU ENFERMEDAD MENTAL O ADICCIÓN
3. If the selection in question 2 above is “IS,” it is based on one or more of the following: *[check all appropriate items from the list of six items below and detail the specific facts under each checked item]*
Si en la pregunta 2 de arriba se seleccionó “ES,” la respuesta se basa en uno o más de los siguientes: *[marque todas las casillas que correspondan de la lista de seis puntos de abajo y describa los hechos]*

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

- The individual has inflicted or attempted to inflict bodily harm on another: *[describe]*
La persona ha infligido o ha intentado infligir daños corporales a otra persona: *[describa]*
- The individual is currently committed to a state psychiatric hospital in accordance with W. Va. Code §27-6A-1 *et seq.*, and the individual is a foreseeable danger to self or others outside the hospital setting: *[describe the static and current acute and chronic dynamic risk factors for harm AND how the absence of the individual's personal protective strengths result in the individual being a foreseeable danger]*
La persona está actualmente ingresada en un hospital psiquiátrico estatal según el Código de Virginia Occidental §27-6A-1 y *sig.*, y es un peligro previsible para ella misma o para otros fuera del entorno del hospital: *[describa los factores de riesgo estáticos y dinámicos agudos y crónicos actuales para el daño Y cómo la ausencia de los puntos fuertes de protección personal de la persona da lugar a que sea un peligro previsible]*
- The individual by threat or action, has placed others in reasonable fear of physical harm to themselves: *[describe]*
Mediante amenazas o acciones, la persona ha hecho que otras personas tuvieran un temor razonable de sufrir daños físicos: *[describa]*
- The individual, by action or inaction, has presented a danger to others in his or her care: *[describe]*
Por acción o inacción, la persona ha representado un peligro para otras personas a su cargo: *[describa]*
- The individual has threatened or attempted suicide or serious bodily harm to himself or herself: *[describe]*
La persona ha amenazado con suicidarse o ha intentado hacerlo, o se ha hecho daño físico grave a ella misma: *[describa]*
- The individual is behaving in such a manner as to indicate that he or she is unable, without supervision and the assistance of others, to satisfy his or her need for nourishment, medical care, shelter or self-protection and safety so that there is a substantial likelihood that death, serious bodily injury, serious physical debilitation, serious mental debilitation or life-threatening disease will ensue unless adequate treatment is afforded: *[describe]*
La persona se está comportando de tal manera que indica que, sin la supervisión y la ayuda de otros, es incapaz de cubrir su necesidad de alimentación, atención médica, vivienda o protección propia y seguridad, de manera de que hay una probabilidad sustancial de que se produzca la muerte, una lesión corporal grave, un debilitamiento físico o mental grave o una enfermedad que ponga en peligro su vida, a menos que se le proporcione el tratamiento adecuado: *[describa]*

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

4. ***[You must complete this question if you have indicated “mental illness” in question 1.]***
[Debe responder esta pregunta si indicó “enfermedad mental” en la pregunta 1.]

The specific, CURRENT, symptoms and behavior I HAVE OBSERVED on which my finding of mental illness is based are:

Los síntomas y comportamientos específicos ACTUALES que HE OBSERVADO en los que se basa mi determinación de enfermedad mental son:

Any other specific symptoms and behavior on which my finding of mental illness is based are:

Otros síntomas y comportamientos específicos en los que se basa mi determinación de enfermedad mental son:

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

5. ***[You must complete this question if you have indicated “addiction” in question 1.]***
[Debe responder esta pregunta si indicó “adicción” en la pregunta 1.]

The specific manifestations which have occurred WITHIN 30 DAYS prior to the filing of the petition/application is this action upon which my finding of addiction is based are: ***[Check all that apply; you MUST check at least one.]***

Las manifestaciones específicas que se han producido EN DE LOS 30 DÍAS anteriores a la presentación de la petición/solicitud de esta acción en las que se basa mi determinación de adicción son: ***[Marque todo lo que corresponda; DEBE marcar al menos uno].***

- Recurrent substance use resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school or home: ***[specify]***

El consumo recurrente de sustancias que ocasiona el incumplimiento de las obligaciones principales de su rol en el trabajo, la escuela o la casa: ***[especifique]***

- Recurrent substance use in situations in which it is physically hazardous: ***[specify]***

Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que es físicamente peligroso: ***[especifique]***

- Recurrent substance-related legal problems: ***[specify]***

Problemas legales recurrentes relacionados con las sustancias: ***[especifique]***

- Continued substance use despite knowledge of having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of the substance: ***[specify]***

Consumo continuo de sustancias, a pesar de saber que tiene problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia: ***[especifique]***

Other specific symptoms and behavior on which my finding of “addiction” is based are:

Otros síntomas y comportamientos específicos en los que se basa mi determinación de “adicción” son:

Case No.: -MH(TCO/TPC) -Caso n.º: -MH(TCO/TPC) -

6. I received information relevant to this evaluation from the following sources: **[Consult as many sources as possible; check all that apply]** Respondent Petitioner Medical Record Physician
 Family Members Other: _____

Recibí información pertinente para esta evaluación de las siguientes fuentes: **[Consulte tantas fuentes como sea posible; marque todo lo que corresponda]**. Parte demandada Peticionario Expediente médico
 Médico Familiares Otro: _____

7. Prior history of behavior health services in the following settings **(add # for clarity)**:
 Historia de servicios de salud conductual en los siguientes entornos **(agregue n.º para que sea claro)**:

Type of Treatment Tipo de tratamiento	Yes Sí	No No	Unknown No lo sé	Compliant Lo cumplió	Non-Compliant No lo cumplió	Date(s) Fechas
Outpatient Paciente ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Voluntary Inpatient or Residential Treatment Tratamiento voluntario para pacientes ingresados o residenciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Previous Commitment(s) Internamientos anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /

If “no” marked in outpatient, or voluntary inpatient or residential treatment above, why are these less restrictive alternatives *not* being attempted at this time? **[explain]**

Si marcó “no” arriba en “Paciente ambulatorio”, o en “ Tratamiento voluntario para pacientes ingresados o residenciales”, ¿por qué *no* se están intentando estas alternativas menos restrictivas esta vez? **[explique]**

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

8. List all medications currently taking, or prescribed and should be taking:
Escriba todos los medicamentos que esté tomando o que se hayan recetado y debería estar tomando:

Name of Medication: Nombre del medicamento:	Dosage: Dosis:	Duration: Duración:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

9. Are there any acute medical conditions that require immediate attention? **[Check one]** Yes No
If "Yes," list the condition(s):
¿Hay alguna condición médica aguda que requiera atención inmediata? **[Marque una]** Sí No
Si la respuesta es "Sí":

10. Is Medical Clearance Examination NECESSARY? **[Check one]** Yes No Unknown
If yes, has it been completed or arranged to be completed, prior to involuntary admission to a mental health facility? **[Check one]** Yes No Unknown

Medical Screening was completed at: _____

Medical Screening arranged to be completed at: _____

¿Es NECESARIO el examen de autorización médica? **[Marque una]** Sí No No lo sé

Si la respuesta es "Sí", ¿se ha hecho o se ha planificado hacerse antes del ingreso involuntario en un centro de salud mental? **[Marque una]** Sí No No lo sé

Las pruebas médicas de detección se hicieron en: _____

Se ha planificado que las pruebas médicas de detección se hagan en: _____

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

11. The results of my evaluation suggest the following factor(s) are present, or have been present in the past:
[check all that apply]

Los resultados de mi evaluación sugieren que los siguientes factores están presentes o han estado presentes en el pasado: **[marque todo lo que corresponda]**

Factors Factores	General Information <i>[check if yes, list date(s) when present]</i> Información general <i>[si aplica, marque "sí", indique las fechas cuando se presentó]</i>
Thoughts of Suicide Pensamientos de suicidio	<input type="checkbox"/> Ideation / Ideación _____ <input type="checkbox"/> Plan / Planificación _____ <input type="checkbox"/> Intent / Intento _____ Other Prior History: <i>[If yes, explain/give examples]</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Otros antecedentes: <i>[si hay, explique/dé ejemplos]</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Thoughts of Homicide Pensamientos de homicidio	<input type="checkbox"/> Ideation / Ideación _____ <input type="checkbox"/> Plan / Planificación _____ <input type="checkbox"/> Intent / Intento _____ Other Prior History: <i>[If yes, explain/give examples]</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Otros antecedentes: <i>[si hay, explique/dé ejemplos]</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Head Injury/ Neurological Lesión en la cabeza/ neurológica	<input type="checkbox"/> Type(s): Tipos:
Chronic Medical Problems Problemas médicos crónicos	<input type="checkbox"/> Type(s): Tipos:
Limitations to Support System Limitaciones del sistema de apoyo	<input type="checkbox"/> Type(s): Tipos:
History of Legal Infractions Historia de infracciones a la ley	<input type="checkbox"/> Type(s); Explain: Tipos; explique:
Past History of Harmful Behavior Historia de conductas dañinas	<input type="checkbox"/> Type(s): Tipos:

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

12. The results of my evaluation suggest the following factors related to addicted are present: ***[check all that apply]***

Los resultados de mi evaluación sugieren que están presentes los siguientes factores relacionados con adicciones: ***[marque todo lo que corresponda]***

Factor(s) Factores	Yes Sí	No No	General Information Información general
Substance Use: Consumo de sustancias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Used Periodically?: ¿Consume periódicamente?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type(s)/Amount: Tipos/cantidad: _____
Used Frequently?: ¿Consume frecuentemente?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type(s)/Amount: Tipos/cantidad: _____
Used Constantly?: ¿Consume constantemente?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type(s)/Amount: Tipos/cantidad: _____
Public Intoxication Charges Denuncia por embriaguez en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequency in Past 90 Days/Dates: Frecuencia en los últimos 90 días/fechas:
Substance Abuse to the Point of Incapacitation Abuso de sustancias hasta el punto de la incapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explain: Explique:
Employment Instability Inestabilidad laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explain: Explique:

13. DSM - Diagnostic Impression (include all five axes):
DSM. Impresión de diagnóstico (incluya los cinco ejes):

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

14. Clinician Rating of Treatment Needs: ***[check your impression]***Evaluación del clínico de las necesidades de tratamiento: ***[marque su impresión]***

- 0: No observable seriously harmful behavior (SHB); No treatment needed.
No se observan conductas gravemente dañinas (SHB). No se necesita tratamiento.
- 1: Slight probability of SHB; Outpatient therapies needed.
Hay una probabilidad mínima de SHB. Se necesitan terapias para pacientes ambulatorios.
- 2: Mild probability of SHB; Crisis residential unit (CRU) appropriate. 24-hour supervision needed.
Hay una probabilidad leve de SHB. Unidad residencial para casos de crisis (CRU): apropiada.
Se necesita supervisión las 24 horas.
- 3: Moderate probability of SHB; Immediate hospitalization in a 24-hour locked facility needed.
Hay una probabilidad moderada de SHB. Se necesita hospitalización inmediata en un centro bajo llave las 24 horas.
- 4: High probability of SHB; Should be monitored closely until hospitalized. Immediate hospitalization in a 24-hour locked facility needed.
Hay una probabilidad alta de SHB. Debe monitorearse de cerca hasta su hospitalización. Se necesita hospitalización inmediata en un centro bajo llave las 24 horas.

15. Based upon such examination and the information contained in this certificate, I therefore certify as follows:
[Initial only ONE of the following recommendations]Basándome en dicho examen y en la información aquí incluida, certifico lo siguiente: ***[escriba sus iniciales en solo UNA de las siguientes recomendaciones]***

_____ The Respondent should be committed for further evaluation pursuant to § 27-5-3

[probable cause hearing only]

Se debe ingresar a la Parte demandada para una evaluación adicional según § 27-5-3
[audiencia de causa probable únicamente]

_____ If the Respondent is not currently committed in accordance with §27-6A-1 *et seq.*, the Respondent should be fully committed for a period not to exceed 90 days as provided in §27-5-4(1) ***[final commitment hearing only]***

Si la Parte demandada actualmente no está ingresada según §27-6A-1 *y sig.*, se deberá ingresar completamente durante un período que no supere los 90 días según lo dispuesto en §27-5-4(1) ***[audiencia de internamiento definitivo únicamente]***

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

_____ The Respondent should be finally committed for an indeterminate period exceeding 90 days or until this order is modified by this Court pursuant to the provisions of § 27-5-4(1) ***[final commitment hearing only]***

La Parte demandada deberá permanecer ingresada definitivamente por un período indeterminado superior los 90 días o hasta que este Tribunal modifique esta orden según lo dispuesto en § 27-5-4(1) ***[audiencia de internamiento definitivo únicamente]***

_____ If the Respondent is currently committed in accordance with §27-6A-1 *et seq.*, the Respondent should be finally committed until the court determines that the Respondent's state and current acute and chronic dynamic risk factors for harm can be managed in a less restrictive setting and that the Respondent's personal protective strengths are sufficient to facilitate safety to self and others in such setting as provided in §27-5-4(1)(4) ***[final commitment hearing only]***

Si, actualmente, la Parte demandada está ingresada según §27-6A-1 *y sig.*, deberá permanecer ingresada definitivamente hasta que el tribunal determine que el estado de la Parte demandada y sus factores de riesgo de causar daño, estáticos y dinámicos agudos y crónicos actuales, pueden manejarse en un entorno menos restrictivo y que los puntos fuertes de protección personal de la Parte demandada son suficientes para facilitar la seguridad de sí mismo y de otros en dicho entorno, según lo dispuesto en §27-5-4(1)(4) ***[audiencia de internamiento definitivo únicamente]***

_____ The Respondent does not require hospitalization ***[probable cause or final commitment hearing]***

La Parte demandada no requiere hospitalización ***[audiencia de causa probable o de internamiento]***

16. ***[Initial the following if ALL the matters contained in the statement are applicable]***
[Escriba sus iniciales a continuación si TODOS los puntos contenidos en la declaración son aplicables]

_____ Notwithstanding the foregoing, I further believe that the respondent's circumstances make him/her amenable to treatment upon an outpatient basis in a nonhospital or nonresidential setting pursuant to a voluntary treatment agreement and that appropriate outpatient services are available and recommend that the court hear evidence on this issue.

A pesar de lo anterior, creo además que las circunstancias de la Parte demandada lo hacen buen candidato para recibir tratamiento ambulatorio en un entorno no hospitalario o no residencial según un acuerdo de tratamiento voluntario y que hay disponibles servicios ambulatorios apropiados, y recomiendo que el tribunal escuche las pruebas sobre esta cuestión.

Case No.: -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: -MH(TCO/TPC) -

Paragraphs 17 and 18 are to be completed in addition to the forgoing only by examining psychiatrists or licensed psychologists:

Solo los psiquiatras examinadores o los psicólogos autorizados deben completar los párrafos 17 y 18, además de los anteriores:

17. **[Complete this paragraph only for potential Temporary Probably Cause cases under W.Va. Code § 27-5- 11(c): Boone, Kanawha and Lincoln Counties only. Initial if applicable]**
[Complete este párrafo únicamente para los casos potenciales de causa probable temporal según el Código de Virginia Occidental § 27-5- 11(c): solo para los condados de Boone, Kanawha y Lincoln. Escriba sus iniciales si corresponde]

Based upon my examination and observation of the Respondent and the information contained in _____ this certificate, I certify that the Respondent is more likely than not to cause serious harm to self or to others as a result of mental illness if not immediately restrained and that the best interests of the Respondent would be served by Respondent's immediate hospitalization.

Basándome en mi examen y observación de la Parte demandada y en la información incluida en este documento, certifico que es probable que la Parte demandada se cause daños graves a sí misma o a otros como resultado de una enfermedad mental si no la confinan de inmediato, y que se vería beneficiada por la hospitalización inmediata.

18. **[Complete this paragraph only for potential Treatment Compliance cases filed under W.Va. Code § 27- 5-11(b): Brooke, Cabell, Hancock, Kanawha, Marion, Ohio, Raleigh, Wirt, & Wood Counties only. Initial all that apply]**
[Complete este párrafo únicamente para los casos potenciales de cumplimiento de tratamiento presentados según el Código de Virginia Occidental § 27- 5-11(b): solo para los condados de Brooke, Cabell, Hancock, Kanawha, Marion, Ohio, Raleigh, Wirt y Wood. Escriba sus iniciales en todo lo que corresponda]

Based upon personal examination of the Respondent and the information contained in this certificate, it is my opinion that:

Basándome en el examen personal de la Parte demandada y en la información incluida en este certificado, opino que:

_____ The Respondent, without the aid of medication is likely to cause serious harm to himself or herself or to others.

Es probable que, sin la ayuda de medicamentos, la Parte demandada se cause daños graves a sí misma o a otros.

_____ The Respondent, without the aid of prescribed treatment is likely to cause serious harm to himself or herself or to others.

Es probable que, sin la ayuda de un tratamiento recetado, la Parte demandada se cause daños graves a sí misma o a otros.

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

19. Information regarding examiner completing this certificate: ***[please print or type information]***
 Información sobre el examinador que completa este certificado: ***[escriba la información en letra de molde o a máquina]***

Name: _____

Nombre: _____

Address: ***[city, state, zip]*** _____Dirección: ***[ciudad, estado, código postal]*** _____

Telephone Number: _____ Registration/License Number: _____

Número de teléfono: _____ Número de registro/autorización: _____

License to Practice: Medicine Osteopathy Psychology Physician Assistant Social Work Nursing Psychiatry CounselorAutorización para ejercer: Medicina Osteopatía Psicología Como asistente médico Trabajo social Enfermería Psiquiatría Consejería

Click here to auto-fill date below

Haga clic aquí para que se complete la fecha abajo

Date

Fecha

Examiner's Signature

Firma del examinador

Case No.: _____ -MH(TCO/TPC) -

Caso n.º: _____ -MH(TCO/TPC) -

20. The person completing this certificate: *[check only one]*La persona que completa este certificado: *[marque solo una]*

Is employed by the local Community Mental Health Center: *[insert name of Center]*
Es empleada del centro comunitario local de salud mental: *[escriba el nombre del centro]*

Has contracted to provide examinations for involuntary commitment proceeding with the local Community Mental Health Center: *[insert name of Center]*
Tiene un contrato para hacer exámenes para el procedimiento de internamiento involuntario con el centro comunitario local de salud mental: *[escriba el nombre del centro]*

Is neither employed by nor contracts for services with the local Community Mental Health Center. If this item is checked, you **MUST** have the Community Mental Health Center Complete the following: The examination reflected by this certificate was as required by law provided or arranged by the Community Mental Health Center or, if the examiner is neither employed or contracted by the Community Mental Health Center, the examination is APPROVED and the Community Behavioral Health Center hereby waives its duty to provide or arrange for this examination.

No es empleada del centro comunitario local de salud mental ni tiene un contrato de servicios con dicho centro. Si se marca esta casilla, **DEBE** hacer que el centro comunitario de salud mental complete lo siguiente:

Como exige la ley, el centro comunitario de salud mental proporcionó o tramitó el examen que refleja este certificado o, si el examinador no es empleado del centro comunitario de salud mental ni tiene un contrato con dicho centro, el examen está APROBADO y, por medio del presente, el centro comunitario de salud conductual renuncia a su deber de proporcionar o tramitar este examen.

Click here to auto-fill date below

Haga clic aquí para que se complete la fecha abajo

Date
FechaSignature of Center Representative
Firma del representante del centroTitle
Puesto