Ref.: 405 ILCS 5/3-906(b) and 3-1002

REPORTE / CERTIFICADO DEL MÉDICO

ESTADO DE ILLINOIS

TRIBUNAL DEL CIRCUITO DE _____ CIRCUITO JUDICIAL

_____ CONDADO

EN REFERENCIA A)
)
)

Yo, _____ , declaro bajo juramento lo que sigue:

1. Que yo soy un médico, con licencia para practicar medicina en todo el Estado de Illinois.

2. Que el _____ , _____ , yo examiné a _____ .
   (mes / día) (año) (nombre)

3. Que lo siguiente es una descripción, basada en el examen, de la naturaleza y tipo de la discapacidad de

   _____
   (nombre)

4. Que lo siguiente es mi evaluación de la condición física, mental, educacional, comportamiento adaptivo y habilidades sociales de: _____
   (nombre)

   Mental: _____

   Física: _____

   Educacional: _____

   Comportamiento Adaptivo: _____

   Habilidades Sociales _____

5. Que basado en el examen y evaluación de _____ es mi opinión que:
   (nombre)

☐ No se necesita Custodia ☐ Se Necesita Custodia

Además, que el tipo y amplitud de la custodia que se necesita es como sigue:

6. Que mi recomendación para el plan de arreglos de vivienda y tratamiento más apropiado para

_____ es como sigue

(nombre)

Además, que las razones para las recomendaciones mencionadas arriba son las siguientes:

7. Que las siguientes personas descritas, cuyas firmas están al final de este formulario, me han ayudado con la preparación y presentación de este documento en el tribunal.

_____	_____	_____
(nombre)	(nombre)	(nombre)
_____	_____	_____
(posición)	(posición)	(posición)
		_____
		(firma)
		_____
		(fecha)

Print Form Reset Form