

PETICIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICINAS PSICOTRÓPICAS / TERAPIA ELECTRO CONVULSIVA

ESTADO DE ILLINOIS

TRIBUNAL DE DISTRITO DEL DISTRITO JUDICIAL _____

CONDADO _____

EN EL ASUNTO DE _____)
)
)
)

NÚMERO DE EXPEDIENTE _____

Es la persona que se alega que tiene Enfermedad Mental Discapacidad del Desarrollo y para quien se inicia (marque uno o ambos)

administrar medicinas psicotrópicas y / o terapia electro-convulsiva por las siguientes razones (brevemente explique las razones por las cuales el individuo cumple con el criterio para cada una de las siguientes):

1. El individuo no tiene la capacidad para dar consentimiento informado para:
 - medicinas psicotrópicas o terapia electro-convulsiva
 y (marque uno o ambos)
2. Debido a la mencionada enfermedad mental o discapacidad del desarrollo, el individuo exhibe alguno de lo siguiente: deterioro de su habilidad para funcionar, sufre o demuestra comportamiento amenazante; y
3. Debido a que la enfermedad o discapacidad ha existido por un periodo marcado por la continua presencia de síntomas indicados en el número (2) arriba, o la repetida ocurrencia de episodios de estos síntomas; y
4. Debido a que los beneficios del tratamiento son mejores que el daño que pueda causar; y
5. Debido a que el individuo no tiene la capacidad para tomar una decisión razonable sobre el tratamiento; y
6. Debido a que otros servicios menos restrictivos fueron explorados y se encontró que no son apropiados; y
7. La petición busca autorización para exámenes y otros procedimientos, que estos exámenes y procedimientos son esenciales para la administración efectiva y segura del tratamiento.
8. La persona que hace la petición ha hecho un intento de buena fe para determinar si el individuo ha ejecutado el Poder Notarial Para Leyes del Cuidado de Salud o una declaración para el tratamiento de salud mental bajo el Acta de Declaración de Preferencias Para Tratamiento de Salud Mental. Si alguno de lo indicado arriba está disponible, debe ser incluido con la Petición.

POR LO TANTO, el que hace la Petición pide al tribunal una orden de autorización para el empleado clínico

_____ en _____ institución / hospital que administra
(nombre del psiquiatra) (nombre de la institución)

uno o más de los siguientes tratamientos para _____
el individuo (nombre del individuo)

MEDICINAS PSICOTRÓPICAS

Para administrar medicinas psicotrópicas al individuo por _____ días (que no exceda 90).

Medicinas Psicotrópicas que se administrarán al individuo:

Primera Selección :

Nombre de la Medicina

Dosis

Alternativas:

Nombre de la Medicina

Dosis

Nombre de la Medicina

Dosis

Nombre de la Medicina

Dosis

TERAPIA ELECTRO-CONVULSIVA

Para administrar terapia electro convulsiva al individuo por _____ días (que no exceda 90).

El número inicial de tratamientos administrados será de _____ tratamientos.
número

Además, se dará al individuo _____ tratamientos de mantenimiento de terapia electro-convulsiva en los horarios especificados.

EXÁMENES Y OTROS PROCEDIMIENTOS (si aplica)

Exámenes específicos y procedimientos necesarios par administrar lo indicado arriba son como sigue:

Yo he leído y entiendo esta Petición y afirmo que las declaraciones hechas por mí son verdaderas de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Yo afirmo que avisé al individuo, por escrito, sobre los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.

Fecha _____

Firma: _____

Dirección:

Parentesco con el Demandado: _____