

DECLARACIÓN JURADA MÉDICA

Complete este formulario según su leal saber y entender, y dentro de sus mejores capacidades.

Fecha de hoy:		Tribunal de derivación:			
INFORMACIÓN DEL EXAMINADOR					
Apellido del examinador:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Asociación a grupo médico/hospital:		Años de ejercicio:		Especialidad:	
Dirección:		Designación: M.D. <input type="checkbox"/> D.O. <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> Ph.D. <input type="checkbox"/>			
<p>§§ 93-20-305 & 407 Evaluación profesional</p> <p>El Tribunal de equidad debe llevar a cabo una audiencia para determinar si es necesario designar a un tutor o curador para el demandado. Antes de la audiencia, el Tribunal, a su exclusivo criterio, podrá designar a un tutor <i>ad litem</i> para que vele por los intereses de la persona en cuestión. En este sentido, el tutor <i>ad litem</i> debe estar presente en la audiencia y representar los intereses del demandado.</p> <p>El juez de equidad será quien presida sobre la cantidad y el tipo de testigos y pruebas que se presentarán, excepto que las pruebas deban incluir certificados confeccionados tras una examinación personal del demandado por parte de los siguientes profesionales, cada uno de los cuales deberá confeccionar por escrito un certificado con los resultados de dicha examinación, que se presentará ante el secretario del Tribunal y pasará a formar parte del registro del caso, dos (2) médicos clínicos matriculados; o un (1) médico clínico matriculado y un (1) psicólogo, enfermero profesional o asistente médico matriculado.</p> <p>La examinación personal tendrá lugar de manera presencial o por medio de telemedicina. No obstante, las examinaciones por telemedicina deben llevarse a cabo por medio de una conexión audiovisual a cargo de un médico clínico matriculado en este estado, conforme se define en la sección 83-9-351. Un enfermero profesional o un asistente médico matriculado que se ocupen de realizar la examinación no deberán, al mismo tiempo, tener una relación de colaboración o supervisión, según la ley requiera de otro modo, con el médico clínico a cargo de la examinación. También podrá convocarse al profesional que realice una examinación en virtud de esta sección para que preste testimonio en la audiencia.</p>					
<p>§ 93-20-301 Fundamentos para la designación de un tutor</p> <p>El Tribunal podrá designar a un tutor para un adulto toda vez que el demandado carezca de la capacidad para cumplir con los requisitos esenciales de salud física, seguridad o autocuidado debido a que el adulto no puede recibir ni evaluar la información, ni tomar decisiones, o comunicarla, incluso con la intervención de servicios de apoyo o asistencia tecnológica adecuados; o bien, toda vez que se determine que el adulto es una persona que padece una enfermedad mental o una persona con una discapacidad intelectual, conforme se define en la sección 41-21-61, y que por ello sea incapaz de cuidar de dicha persona.</p>					
<p>§ 93-20-401 Fundamentos para la designación de un curador</p> <p>El Tribunal podrá designar a un curador para los asuntos financieros o relacionados con propiedades de un adulto toda vez que el tribunal determine mediante evidencias claras y convincentes que el adulto no puede administrar sus asuntos financieros o relacionados con propiedades debido a una limitación en la capacidad del adulto para recibir y evaluar información, o tomar decisiones, o comunicarla, incluso con la intervención de servicios de apoyo o asistencia tecnológica adecuados; el adulto está perdido, se lo ha detenido, se encuentra encarcelado o no puede regresar a los Estados Unidos.</p>					
<i>Firma</i>					
<i>Fecha</i>					
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido del paciente:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Estado civil:					
¿Es este el nombre legal del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De no serlo, ¿cuál es su nombre legal?	Nombre anterior:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:					
¿Ha tratado a este paciente en ocasiones anteriores por sus necesidades médicas, ya sea en relación con este examen o no?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, indique las fechas y las circunstancias correspondientes al año anterior, o la derivación si usted fue el médico personal del paciente durante un periodo y el intervalo de tiempo:			
¿Algún amigo o familiar acompañó al paciente durante la examinación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre/relación con el paciente: Número de teléfono:		¿Es el cuidador principal del paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si la persona mencionada no es el cuidador principal del paciente, ¿quién lo es? (Nombre/teléfono/relación con el paciente):

EVALUACIÓN

HISTORIA CLÍNICA: Aspectos físicos	¿Experimentó el paciente...?	Afecciones físicas o dolores crónicos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE	
		Enfermedades crónicas:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE	
		Cirugías durante el último año:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE	
	¿Hay limitaciones físicas que afecten...?	Las actividades de la vida cotidiana del paciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE	
		Las capacidades cognitivas/de memoria del paciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE	
	En los últimos seis meses, el paciente experimentó:	Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE	
		Terapias o tratamientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE	
		Pruebas psicológicas o psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE	
	Condición actual del paciente/estado de enfermedades físicas:			
	Historial de consumo o uso de sustancias		<input type="checkbox"/> Niega consumir sustancias <input type="checkbox"/> Solo medicamentos recetados	
Medicamentos de preferencia y edad de inicio:		¿Buscó el paciente en ocasiones anteriores algún tratamiento para las adicciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Patrones de uso/consumo de sustancias	Cuánto:	Frecuencia:		
	Métodos de uso: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Esnifado <input type="checkbox"/> Inyectable <input type="checkbox"/> Inserción <input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Otros: _____			

HISTORIA CLÍNICA: Aspectos mentales	Problemas psiquiátricos previos:			
	¿Los problemas psiquiátricos/mentales afectan la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Sufre el paciente de discapacidades en el desarrollo o intelectuales?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Tratamientos psiquiátricos previos con internación o ambulatorios (con fechas y ubicación):			
	¿El paciente manifiesta ideas o comportamientos homicidas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente manifiesta ideas o comportamientos suicidas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Describa otro tipo de experiencias de asesoramiento o terapéuticas:			
	Mencione los resultados de otras pruebas que ejerzan influencia sobre la cuestión de la incapacidad y la fecha de la prueba (adjunte los resultados de ser necesario):			
	Historial/exposición a eventos traumáticos (Cuando corresponda, identifique el tipo y la fecha del evento): <input type="checkbox"/> Accidentes graves: _____ <input type="checkbox"/> Desastres naturales: _____ <input type="checkbox"/> Testigo de hechos traumáticos: _____ <input type="checkbox"/> Agresión sexual: _____ <input type="checkbox"/> Agresión física: _____ <input type="checkbox"/> Abuso sexual en la infancia: _____ <input type="checkbox"/> Asesinato de familiar cercano/amigo: _____ <input type="checkbox"/> Situación de calle: _____ <input type="checkbox"/> Víctima de acecho/acoso: _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ _____ _____		Historia social/cultural (Mencione/describa las relaciones según corresponda): Padres: <input type="checkbox"/> Cercanos <input type="checkbox"/> Amistosos <input type="checkbox"/> Distantes <input type="checkbox"/> Otros: _____ Cónyuge/pareja: <input type="checkbox"/> Cercanos <input type="checkbox"/> Amistosos <input type="checkbox"/> Distantes <input type="checkbox"/> Otros: _____ Hijos: <input type="checkbox"/> Cercanos <input type="checkbox"/> Amistosos <input type="checkbox"/> Distantes <input type="checkbox"/> Otros: _____ Hermanos: <input type="checkbox"/> Cercanos <input type="checkbox"/> Amistosos <input type="checkbox"/> Distantes <input type="checkbox"/> Otros: _____ Otros familiares: <input type="checkbox"/> Cercanos <input type="checkbox"/> Amistosos <input type="checkbox"/> Distantes <input type="checkbox"/> Otros: _____ Amigos/colegas: <input type="checkbox"/> Cercanos <input type="checkbox"/> Amistosos <input type="checkbox"/> Distantes <input type="checkbox"/> Otros: _____	

Indicación de limitaciones funcionales (Verifique las principales áreas de vida afectadas)	<input type="checkbox"/> Habilidades de vida básicas (comer, bañarse, vestirse, etc.)	
	<input type="checkbox"/> Habilidades de vida instrumentales (mantener un hogar, manejar dinero, viajar a nivel local, tomar medicamentos, etc.)	
	<input type="checkbox"/> Funcionamiento social (capacidad de funcionar dentro de la familia, en ámbitos vocacionales o educativos, en otros contextos sociales)	
¿Tiene el paciente la capacidad física o mental de administrar su propiedad de manera efectiva?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin determinar
¿Tiene el paciente la capacidad física o mental de tomar decisiones cotidianas de vida o en relación con la atención de salud?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin determinar
Primeras observaciones del comportamiento	Habla	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Lenta <input type="checkbox"/> Mecánica <input type="checkbox"/> Rápida <input type="checkbox"/> Otros: _____
	Comportamiento	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Desaliñado <input type="checkbox"/> Bizarro <input type="checkbox"/> Volátil <input type="checkbox"/> Otros: _____
	Aspecto	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Desaliñado <input type="checkbox"/> Sucio <input type="checkbox"/> Vestimenta inadecuada <input type="checkbox"/> Otros: _____
	Humor	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Maníaco <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Lábil <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Otros: _____
	Afecto	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Lábil <input type="checkbox"/> Otros: _____
	Orientación respecto a	<input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Situación <input type="checkbox"/> Otros: _____
	Contenido pensado	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Incoherente <input type="checkbox"/> Obsesivo <input type="checkbox"/> Otros: _____
	Memoria	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Reprimida <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Otros: _____
	Criterio/perspectivas	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> Suicida <input type="checkbox"/> Homicida <input type="checkbox"/> Otros: _____
Comentarios sobre la salud mental/física:		
RESUMEN/RECOMENDACIÓN		
Esta evaluación se llevó a cabo (marque todas las opciones que correspondan):	<input type="checkbox"/> De manera presencial <input type="checkbox"/> Por telemedicina audiovisual <input type="checkbox"/> En el hospital/consultorio <input type="checkbox"/> En la casa del paciente	
	<input type="checkbox"/> Otros: _____	
	Si se hizo por telemedicina, ¿quién lo ayudó con la evaluación? (Nombre, designación)	Su número de licencia de Misisipi:
Diagnóstico	¿Le hizo un examen físico al paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Surgieron inquietudes a partir del examen físico? <input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
	Tomando como referencia la evaluación anterior:	<input type="checkbox"/> CONSIDERO <input type="checkbox"/> NO CONSIDERO
		que este paciente sea un individuo incapaz de ocuparse de su propia persona, según lo establecido en § 93-20-301 o de sus cuestiones financieras, según lo establecido en §93-20-401, y que requiere de un tutor o curador (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Tutor (persona) <input type="checkbox"/> Curador (asuntos financieros) <input type="checkbox"/> Ambos
	Recomiendo que el Tribunal solicite que se reitere la evaluación en:	Determino que el paciente necesita tratamiento. <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Otros: _____
	<input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Resumen del diagnóstico:		

Yo, _____, el examinador mencionado anteriormente, certifico que se completó la **examinación** de este paciente el (fecha) _____ a las (hora) _____, y que se completaron esta **evaluación y recomendación** el (fecha) _____ a las (hora) _____.
Declaro que los hechos mencionados y los datos incluidos en este informe son verdaderos a mi leal saber y entender.

	<p><i>Firma</i> _____</p> <p><i>Nombre en letra de imprenta</i> _____</p> <p><i>Fecha</i> _____</p>	
--	--	--