

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
Tribunal de Primera Instancia
Sala ☐ Superior ☐ Municipal de _____

Persona que solicita el remedio En interés de: Persona para la que se solicita el remedio Ex parte	Caso Núm. _____ Sobre: Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico Ninguna información de este documento será divulgada a terceros sin la autorización expresa del Tribunal. La información aquí suministrada será utilizada como referencia y para fines estadísticos.
--	---

FORMULARIO CONFIDENCIAL DE DATOS PERSONALES – SALUD MENTAL

I. INFORMACIÓN Y DATOS DE LA PERSONA PARA QUIEN SE SOLICITA EL REMEDIO			
1. Nombre y apellidos: _____ 2. Dirección física: _____ 3. Indique si la dirección física es igual a la postal: ☐ Sí ☐ No (Por favor indique la dirección postal): _____ 4. Correo electrónico: _____ 5. Teléfono celular: (_____) _____ - _____ 6. Teléfono residencial o alternativo: (_____) _____ - _____ 7. Edad: _____ ☐ Desconozco 8. Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexo ☐ Se identifica como: _____ ☐ Desconozco ☐ Prefiero no informar 9. ¿Cuál de los siguientes términos le describen? (marque todas las que apliquen): ☐ Negro(a) o afrodescendiente ☐ Blanco(a) ☐ Indígena ☐ Asiático(a) ☐ Se identifica como: _____ ☐ Desconozco ☐ Prefiero no informar 10. Indique cuál de los siguientes términos le identifican (marque todas las que apliquen): ☐ Puertorriqueño(a) ☐ Estadounidense ☐ Dominicano(a) ☐ Colombiano(a) ☐ Mexicano(a) ☐ Cubano(a) ☐ Asiático(a) ☐ Europeo(a) ☐ Se identifica como: _____ ☐ Desconozco ☐ Prefiero no informar 11. ¿La persona trabaja? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconozco 12. ¿Con quién reside la persona? ☐ Solo(a) ☐ Familiares [incluye cónyuge, padre, madre, hijos(as)] ☐ En hogar residencial ☐ Amistades ☐ Otro: _____ ☐ Desconozco 13. ¿Conoce algún diagnóstico mental de la persona? ☐ Sí ¿Cuál? _____ ☐ No ☐ Desconozco 14. ¿Conoce si la persona tiene algún diagnóstico de discapacidad intelectual o deficiencias en el desarrollo? ☐ Sí ¿Cuál? _____ ☐ No ☐ Desconozco 15. ¿La persona consume drogas? ☐ Sí ¿Cuál o cuáles? _____ ☐ No ☐ Desconozco 16. ¿La persona consume alcohol? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconozco 17. ¿La persona ha intentado suicidarse alguna vez? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconozco 18. ¿La persona es veterana? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconozco 19. ¿La persona ha sido víctima de violencia doméstica? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconozco 20. ¿La persona ha sido convicta por comisión de delitos o tiene algún proceso criminal pendiente? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconozco <tr><td> Nombre de la persona que solicita el remedio </td><td> Firma de la persona que solicita el remedio </td><td> Fecha (día/mes/año) </td></tr>	Nombre de la persona que solicita el remedio	Firma de la persona que solicita el remedio	Fecha (día/mes/año)
Nombre de la persona que solicita el remedio	Firma de la persona que solicita el remedio	Fecha (día/mes/año)	