

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DIVISIÓN TESTAMENTARIA Y DE SUCESIONES

_____ INT _____
_____ IDD _____

En materia de _____

Adulto

INFORME DEL EXAMINADOR

Report of Examiner

INFORMACIÓN DEL EXAMINADOR

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Celular: _____

Disciplina:

- Médico (indicar especialidad)
- Enfermero profesional
- Trabajador social
- Psicólogo
- Otro: _____

Indicar las certificaciones, la experiencia, las áreas de especialización u otras cualificaciones relevantes para la realización del examen de la persona y la preparación de este informe.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN

[Adjuntar información adicional, según sea necesario].

Fecha(s) del examen de la persona: _____

Lugar(es) del examen: _____

Tiempo que se estuvo con la persona: _____

Indicar las herramientas de diagnóstico utilizadas, en caso de haber utilizado alguna, (p. ej., la mini prueba del estado mental)

Ver historias clínicas adjuntas.

Hacer una lista de otras personas entrevistadas en relación con este examen. Incluir nombres, relación con la persona y cualquier información de contacto disponible.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

(Antecedentes demográficos, antecedentes médicos disponibles, situación actual de la persona)

Sexo _____ Edad _____

Ver historias clínicas adjuntas.

[Utilizar un formato apropiado para su área de especialidad profesional. Adjuntar páginas o documentos adicionales según sea necesario].

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD O INCAPACIDAD

1. La persona **no tiene una discapacidad mental o física** que afecte su capacidad para recibir y evaluar información de manera eficaz, para comunicar decisiones relacionadas con bienes y finanzas, o para satisfacer sus necesidades básicas de salud física, seguridad, rehabilitación o terapéuticas.

Indicar cualquier hecho que pueda respaldar una evaluación contraria:

O

2. La persona **tiene una discapacidad mental o física**, pero **actualmente tiene la capacidad** para recibir y evaluar información de manera eficaz, para comunicar decisiones relacionadas con bienes y finanzas, o para satisfacer sus necesidades básicas de salud física, seguridad, rehabilitación o terapéuticas.

Describir la naturaleza específica de la discapacidad y la fundamentación de esta evaluación. Indicar cualquier hecho que pueda respaldar una evaluación contraria:

O

3. La persona **tiene una discapacidad mental o física** y, debido a esta discapacidad, la persona objeto de este proceso es un adulto cuya **capacidad para recibir y evaluar información** de manera eficaz o **para comunicar decisiones se ve afectada** hasta el punto de que:
- a. carece de la capacidad para tomar las medidas necesarias a fin de obtener, administrar o disponer de (marcar todo lo que corresponda)
- bienes muebles e inmuebles, bienes intangibles, bienes comerciales;
 - beneficios e ingresos.

Describir la naturaleza específica de la incapacidad y la fundamentación de esta evaluación. Indicar cualquier hecho que pueda respaldar una evaluación contraria:

- b. carece de la capacidad para tomar las medidas necesarias para (marcar todo lo que corresponda)
- tomar decisiones de atención médica;
 - proporcionar cuidados de salud;
 - proporcionar alimentos, vestimenta y vivienda;
 - proporcionar higiene personal y otros tipos de cuidado, sin los cuales tiene más probabilidades de sufrir una lesión física o enfermedad graves.

Describir la naturaleza específica de la incapacidad y la fundamentación de esta evaluación. Indicar cualquier hecho que pueda respaldar una evaluación contraria:

- c. carece de la capacidad para satisfacer todos o algunos requisitos básicos para su rehabilitación o necesidades terapéuticas.

Describir la naturaleza específica de la incapacidad y la fundamentación de esta evaluación. Indicar cualquier hecho que pueda respaldar una evaluación contraria:

Si la persona está incapacitada, evaluar su potencial para recuperar parte o la totalidad de la capacidad:

Si la persona está incapacitada, identificar los factores que podrían argumentar en contra de la intervención de este Tribunal en nombre de la persona (p. ej., sistemas de apoyo comunitario o familiar):

Otros comentarios o recomendaciones:

Firma

Fecha

Nombre impreso

Domicilio (domicilio real/no un apartado de correos)

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Número del Colegio de Abogados (si el solicitante es un abogado)

N.º de licencia y estado

Los **examinadores designados por el Tribunal** deben entregar una copia de este informe por correo postal de primera clase a todas las personas que figuran en la orden de designación del examinador.

CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN

Certifico que el día ____ de _____ de 20____ se ha entregado una copia de lo anterior, por correo electrónico de acuerdo con las disposiciones de la Orden Administrativa 13-15 (Administrative Order 13-15), o por correo postal de primera clase y con franqueo pagado, a las siguientes personas (indique los nombres y complete las direcciones postales):

Firma del examinador

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DIVISIÓN TESTAMENTARIA Y DE SUCESIONES

En materia de:

_____ INT _____
_____ IDD _____

Adulto

LISTA DE NOTIFICACIONES

[Indicar los nombres y domicilios de las personas con derecho a ser notificadas. Consultar la Norma 326 (Rule 326) de la División Testamentaria y de Sucesiones del Tribunal Superior. Se pueden incluir números de teléfono y fax, si se conocen].