

**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].