

FOR CLERK'S USE ONLY  
(Para uso de la Secretaria  
solamente)

**GUIDELINES FOR  
HEALTH PROFESSIONAL'S REPORT**  
*(DIRECTRICES PARA EL INFORME DEL  
PROFESIONAL DE SALUD)*

**INSTRUCTIONS TO PETITIONER:** Fill in the information below and give this document to the physician, registered nurse, or psychologist appointed by the Court to evaluate the health of the person said to need protection immediately after the "ORDER APPOINTING (Attorney, Health Professional, and Court Investigator)" is signed. The complete written report should be given to everyone listed in the "ORDER APPOINTING" no later than 10 days before the scheduled hearing.

*(INSTRUCCIONES PARA EL PETICIONANTE: Llene la información que se incluye a continuación y entregue este documento al médico, enfermero diplomado o sicólogo que el Tribunal ha asignado para que evalúe la salud de la persona de la que se dice que necesita protección inmediatamente después de que se firme la "ORDEN DE NOMBRAMIENTO (abogado, profesional de salud e investigador del tribunal)". El informe escrito llenado deberá entregarse a cada una de las personas mencionadas en la "ORDEN DE NOMBRAMIENTO" a más tardar 10 días antes de la audiencia programada.)*

**COURT CASE NUMBER:**  
(NÚMERO DE CASO JUDICIAL:)

PB \_\_\_\_\_

**NAME OF EVALUATOR:**  
(NOMBRE DEL EVALUADOR:)

\_\_\_\_\_

**EVALUATOR'S PROFESSION:**  
(PROFESIÓN DEL EVALUADOR:)

- Physician / (Médico)  
 Registered Nurse / (Enfermero diplomado)  
 Psychologist / (Psicólogo)

\_\_\_\_\_

**NAME OF PATIENT (subject of this  
evaluation):**  
(NOMBRE DEL PACIENTE (sujeto de esta  
evaluación):)

\_\_\_\_\_

**(Person said to need guardian)**  
(Persona que se dice que necesita un tutor)

**NAME OF PETITIONER:**  
(NOMBRE DEL PETICIONANTE:)

\_\_\_\_\_

**PETITIONER'S TELEPHONE NUMBER:**  
(NÚM. DE TELÉFONO DEL PETICIONANTE:)

\_\_\_\_\_

**DATE AND TIME OF COURT HEARING:**  
(FECHA Y HORA DE LA AUDIENCIA  
JUDICIAL:)

\_\_\_\_\_

**INSTRUCTIONS TO PHYSICIAN OR OTHER EVALUATOR:** A court case has been filed that asks the court to appoint a guardian for the person named as "Patient" above. Before granting such a petition, the court must decide if mental, physical, or other cause exists which requires appointment of a guardian. To make that decision, the Court needs to know what you think about:

- the person's mental and physical health, and
- whether the person needs inpatient mental health treatment, and
- whether the person's driving privileges should be suspended.

The court has developed this form to make it easier for you to prepare your report. You may submit your report using this form *or in any format you choose*, but please provide the same type of information as requested in this form. Note that if the Petitioner is seeking the authority to consent to inpatient mental health treatment, this report or a separate report recommending such authority must be signed by a licensed psychologist or psychiatrist. (A.R.S. § 14-5303(C))

After you complete the report, give the original report to *the Petitioner*, who is responsible for distributing copies to the proper parties. Please do not file your report with the Clerk of the Court.

**PLEASE DATE AND SIGN YOUR REPORT. The Court realizes that your time is valuable.  
THANK YOU FOR YOUR TIME AND ASSISTANCE.**

***(INSTRUCCIONES PARA UN MÉDICO U OTRO EVALUADOR:*** *Se ha presentado un caso judicial en el que se le solicita al tribunal que nombre a un tutor para la persona cuyo nombre aparece arriba como el "paciente". Antes de acceder a dicha petición, el tribunal tiene que decidir si existe una causa mental, física u otra causa que requiera que se nombre a un tutor. Para tomar esa decisión, el tribunal necesita saber lo que usted piensa acerca de:*

- *La salud mental y física de la persona, y*
- *Si la persona necesita tratamiento de salud mental en calidad de paciente interno, y*
- *Si se deben suspender los privilegios de la persona para conducir.*

*El tribunal ha desarrollado este formulario para facilitarle a usted la preparación de su informe. Puede presentar su informe usando este formulario o en cualquier formato de su elección, pero por favor suministre el mismo tipo de información que la solicitada en este formulario. Tome nota de que, si el peticionante está tratando de obtener la autoridad para dar el consentimiento para el tratamiento de salud mental como paciente interno, este informe o un informe separado recomendando que dicha autoridad tiene que estar firmado por un psicólogo o psiquiatra autorizado. (A.R.S. § 14-5303(C))*

*(Una vez que haya completado el informe, entregue el informe original al peticionante, quien es responsable de distribuir las copias a las partes apropiadas. Por favor, no presente su reporte ante la Secretaría del Tribunal.)*

*(POR FAVOR FECHÉ Y FIRME SU REPORTE. El tribunal reconoce que su tiempo es valioso.  
LE AGRADECEMOS SU TIEMPO Y AYUDA.)*

## **QUESTIONS FOR HEALTH PROFESSIONAL TO ANSWER:**

***(PREGUNTAS QUE EL PROFESIONAL DE SALUD DEBE CONTESTAR:)***

**Note: *If not enough space* on this form to answer, write in "See attached" and respond on separate page. Please re-state the question on the attachment and use same number as from this document.**

*(Nota: Si no hay suficiente espacio en este formulario para contestar, escriba "Refiérase al anexo" y conteste en una hoja separada. Por favor, anote la pregunta en la página anexa y use el mismo número que aparece en este documento.)*

1. **What is the date you last saw the patient?**  
(Include date of this report if patient see that date)  
(¿Cuándo fue la última vez que atendió a su paciente?) \_\_\_\_\_  
(Incluya la fecha de este reporte si vio el paciente esa fecha)
2. **How long have you been treating the patient?**  
(¿Cuánto tiempo ha tratado usted al paciente?) \_\_\_\_\_
3. **Why were you asked to do this evaluation? / (¿Por qué se le pidió que hiciera esta evaluación?)**
- I have been the person's physician for many years.**  
(He sido el médico de esta persona por muchos años.)
  - I was asked to do so by the family. / (La familia me pidió que lo hiciera.)**
  - I was selected by an attorney. / (Un abogado me seleccionó.)**
  - My office is close to the person's residence.**  
(Mi oficina/clínica/consultorio está cerca de la residencia de la persona.)
  - I am a / (Soy un)  doctor / (médico)  registered nurse, or / (enfermero diplomado o)  psychologist, for the person's nursing home / (psicólogo del hogar para ancianos donde se encuentra la persona)**
  - Other:**  
(Otro:) \_\_\_\_\_
4. **What is your area of specialty?**  
(¿Cuáles es su área de especialidad?) \_\_\_\_\_
- Are you Board Certified in this area?**  
(¿Está acreditado por el Colegio Medico en esta área?)  **Yes / (Sí)**  **No / (No)**
- In any other areas?**  
(¿En otras áreas?)  **Yes / (Sí)**  **No / (No)**
- If "yes", list:**  
(Si contestó "sí", indique:) \_\_\_\_\_
5. **Does the person you are evaluating appear to be having difficulty in any of the following areas?**  
(¿La persona a quien está evaluando parece estar teniendo dificultad en alguna de las áreas que se indican a continuación?)
- Mental disorder / (Trastorno mental)**  **Physical illness / (Enfermedad física)**
  - Chronic intoxication or drug use / (Uso de drogas o alcoholismo crónico)**
  - Cognitive abilities / (Habilidades cognitivas)**
  - Anything else (explain below) / (Cualquier otra cosa (explique a continuación))**
  - Physical illness ONLY / (La enfermedad física SOLAMENTE)**
6. **If he or she is having difficulty, please specify the nature of the illness, disorder, etc., including diagnosis:**  
(Si la persona está teniendo dificultades, sírvase especificar la naturaleza de la enfermedad, trastorno, etc., inclusive el diagnóstico:)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

7. **Has the person been treated or hospitalized before for this difficulty?**  
(¿Ha recibido la persona tratamiento o ha estado la persona hospitalizada debido a esta dificultad?)  **Yes / (Sí)**  **No / (No)**

If yes, when and where? / (Si contestó sí, ¿cuándo y dónde?)

---

---

---

8. **Is the person able to do the following things? Please check each applicable box.**  
(¿Es la persona capaz de hacer lo siguiente? Sírvase marcar cada casilla aplicable.)

- |                                                                                     |                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Pay his or her bills</b><br>(Pagar sus propias cuentas) | <input type="checkbox"/> <b>Take medication appropriately</b><br>(Tomar medicamentos correctamente)                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtain food</b><br>(Obtener alimentos)                  | <input type="checkbox"/> <b>Provide adequate housing</b><br>(Proveerse de vivienda adecuada)                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Live alone</b><br>(Vivir sola)                          | <input type="checkbox"/> <b>Exercise daily self-help skills</b><br>(Hacer uso de destrezas para realizar tareas diarias por sí misma) |

- Make appropriate judgments that will protect him or her personally, physically, or financially**  
(Tomar decisiones adecuadas para protegerse personal, física, o financieramente)

- Drive a motor vehicle. (If “yes”, explain below.)**  
(Conducir un vehículo motorizado (Si contestó “sí”, explique a continuación.))

**If you believe a guardianship is warranted but you believe the person to be protected is capable of and should be permitted to drive a motor vehicle, please explain.**

(Si usted considera que es la tutela es necesaria pero piensa que la persona que se va a proteger es capaz y se le debería permitir conducir un vehículo motorizado, sírvase explicar.)

---

---

---

9. **If the person is currently on medication, please list:**  
(Si la persona está recibiendo tratamiento con medicamentos actualmente, sírvase indicarlos:)

---

---

---

10. **Do you believe that the medication is affecting the person's ability to respond coherently?**  
(¿Considera usted que los medicamentos están afectando la capacidad de la persona para responder coherentemente?)  **Yes / (Sí)**  **No / (No)**

11. **Do you believe that the medication is affecting the person's ability to ambulate?**  
(¿Considera usted que los medicamentos están afectando la capacidad de la persona para deambular?)  **Yes / (Sí)**  **No / (No)**
12. **Do you believe that a "medication holiday," if possible, would help you better evaluate the person?**  
(Considera que un tiempo sin recibir medicamentos, de ser esto posible, le ayudaría a realizar una mejor evaluación de la persona?)  **Yes / (Sí)**  **No / (No)**
13. **Do you believe that any changes made in the type or amount of drugs the person is receiving would noticeably affect his or her mental or physical abilities?**  
(¿Cree usted que los cambios realizados en el tipo o la cantidad de drogas que la persona está recibiendo podría afectar notablemente su capacidad mental o física?)  **Yes / (Sí)**  **No / (No)**
14. **Do you believe that any further medical evaluation or treatment would benefit the person?**  
(¿Considera que cualquier evaluación o tratamiento médico ulterior beneficiaría a la persona?)  **Yes / (Si)**  **No / (No)**

**If so, please give your recommendation: / (De ser así, sírvase indicar su recomendación:)**

---

---

---

15. **Do you think the person would benefit from other types of therapy such as counseling?**  
(¿Considera que la persona podría beneficiarse de otros tipos de terapia, como asesoría psicológica?)  **Yes / (Sí)**  **No / (No)** **If yes, describe. / (Si contestó sí, describa.)**

---

---

---

16. **Where do you think the person should live today?**  
(¿Dónde piensa que la persona debería vivir actualmente?)
- |                                                                                                                  |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>At home with a companion</b><br>(En su hogar con un acompañante)                     | <input type="checkbox"/> <b>At home with a nurse</b><br>(En su hogar con un enfermero)            |
| <input type="checkbox"/> <b>In a group home</b><br>(En un hogar colectivo)                                       | <input type="checkbox"/> <b>In a boarding home</b><br>(En una pensión)                            |
| <input type="checkbox"/> <b>In a supervisory care facility</b><br>(En una institución de cuidado de supervisión) | <input type="checkbox"/> <b>In a nursing home</b><br>(En un hogar para ancianos o convalecientes) |
- In a hospital / (En un hospital)**
- In an Inpatient Psychiatric Facility for inpatient mental health treatment. Explain.**  
(En una institución psiquiatra para pacientes hospitalizados para tratamiento de salud mental.) **Explain. / (Explique.)**

---

---

Other / (Otro) -- please explain. / (sírvese explicar.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Do you believe that the person's condition could improve within 6 months to a year?  
(¿Considera que la condición de la persona podría mejorar dentro de los próximos 6 meses a un año?)  Yes / (Sí)  No / (No)

18. Is there is any reason for the court to review this matter again within less than one year?  
(¿Hay alguna razón para que el tribunal vuelva a examinar este asunto nuevamente antes de transcurrido un año?)  Yes / (Sí)  No / (No)

19. Please make any additional comments or suggestions you think would be helpful to the court in making this decision. / (Sírvese anotar todo comentario o sugerencia adicional que usted considera que podría ser útil para el tribunal en la toma de su decisión.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MENTAL HEALTH TREATMENT ISSUES: If the Petitioner is seeking authority to consent to inpatient mental health treatment, this report or a separate report covering this information must be signed by a licensed psychologist or psychiatrist.**

*(ASUNTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL: Si el peticionante está solicitando la autoridad para dar el consentimiento para el tratamiento de salud mental como paciente interno, esta sección o un informe específico sobre la misma información tiene que estar firmado por un psicólogo o psiquiatra autorizado.)*

**Note: If not enough space on this form to answer, write in "See attached" and respond on separate page. Please re-state the question on the attachment and use same number as from this document.**  
*(Nota: Si no hay suficiente espacio en este formulario para contestar, escriba "Refiérase al anexo" y conteste en una hoja separada. Por favor, anote la pregunta en la página anexa y use el mismo número que aparece en este documento.)*

1. Is it the opinion of the undersigned that the patient is incapacitated as a result of a mental disorder? / (¿Es la opinión del infrascrito que el paciente está incapacitado como resultado de un trastorno mental?)  Yes / (Sí)  No / (No)

2. What is the mental disorder?  
(¿Cuál es el trastorno mental?) \_\_\_\_\_

3. Is it the opinion of the undersigned that the patient is likely to need inpatient mental health care and treatment within the next year?  Yes  No (The maximum term for which authority may be granted to place a patient in inpatient mental health care and treatment is one year. This authority may be renewed or extended based on the evaluation and recommendation of a licensed physician or psychologist submitted with the annual report of the guardian. A.R.S. § 14-5312.01(P))

*(¿Es la opinión del infrascrito que el paciente probablemente necesitará cuidado y tratamiento de salud mental como paciente interno en el plazo de un año? Sí No (El plazo máximo para el que se puede otorgar la autoridad para poner a un paciente bajo tratamiento y cuidado de salud mental como paciente interno es un año. Esta autoridad puede renovarse o prolongarse sobre la base de la evaluación y recomendación de un médico o psicólogo autorizado presentada con el reporte anual del tutor. A.R.S. § 14-5312.01(P))*

4. **If the the answer to #3 is “Yes”, please explain the need for, and the anticipated onset and duration of the inpatient treatment:**

*(Si la respuesta a la pregunta #3 es “sí”, sírvase explicar la necesidad y una fecha estimada para el inicio y la duración del tratamiento como paciente interno:)*

---

---

---

5. **What kind of treatment is the patient currently receiving for this disorder?**

*(¿Qué tipo de tratamiento está el paciente recibiendo actualmente para este trastorno?)*

---

---

---

6. **Give a comprehensive assessment of any functional impairments of the patient.**

*(Proporcione una evaluación completa de los problemas funcionales del paciente.)*

---

---

---

---

7. **How and to what extent do these impairments affect the patient’s ability to receive or evaluate information needed in making or communicating personal and financial decisions?**

*(¿Cómo y en qué medida afectan estos problemas la capacidad del paciente de recibir o evaluar información necesaria para tomar y comunicar decisiones personales y financieras?)*

---

---

---

8. **What tasks of daily living is the patient capable of performing without direction or with minimal direction?**

*(¿Qué tareas de la vida diaria es el paciente capaz de realizar sin instrucciones o con un mínimo de instrucciones?)*

---

---

---

9. **What is the most appropriate rehabilitation plan or care plan for the patient?**

*(¿Cuál es el plan de rehabilitación el plan de cuidado más apropiado para el paciente?)*

---

---

---

10. **What would be the least restrictive living arrangement reasonably available for the patient?**  
(¿Cuál sería el arreglo menos restrictivo en materia de vivienda razonablemente disponible para el paciente?)

---

---

---

11. **Is there any reason why this patient should not personally appear in court?**  
(¿Existe alguna razón por la que este paciente no debería comparecer personalmente ante el tribunal?)  **Yes** / (Sí)  **No** / (No)

If "yes", please explain. / (Si contestó "sí", sírvase explicar.)

---

---

---

12. **Please make any additional comments or suggestions you feel would be valuable to the court:**  
(Sírvase hacer cualquier comentario o sugerencia adicional que usted considere que podría ser de utilidad para el tribunal:)

---

---

---

**DATE REPORT PREPARED:**

(FECHA DE PREPARACIÓN DEL REPORTE:) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF EVALUATOR**

(FIRMA DEL EVALUADOR)

\_\_\_\_\_  
**PRINTED NAME, PROFESSIONAL TITLE (MD, RN, etc.)**

(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, TÍTULO PROFESIONAL

(MD, RN, etc.))