

Notice of Certification for Intensive Treatment

Pursuant To: (Check applicable box)

- Welfare and Institutions Code 5250 (Additional 14 days of intensive treatment)
- Welfare and Institutions Code 5270.15 (Additional 30 days of intensive treatment)

The authorized agency providing evaluation services in the County of _____ has evaluated the condition of:

Name: _____ Age: _____ Sex: _____ Marital Status: _____

Address: _____

We, the undersigned, allege that the above-named person is, as a result of mental health disorder or impairment by chronic alcoholism (check all applicable boxes):

- A danger to others
- A danger to himself/herself
- Gravely disabled as defined in Welfare and Institutions Code Section 5008(h)(1)

The specific facts which form the basis for our opinion that the above-named person meets one or more of the classifications indicated above are as follows (certifying persons to detail facts): _____

The above-named person has been informed of this evaluation, and has been advised of the need for, but has not been able or willing to accept treatment on a voluntary basis, or to accept referral to, the following services: _____

Therefore we certify the above-named person to receive intensive treatment related to the mental health disorder or impairment by chronic alcoholism beginning this ____ day of (month) _____, 20_____, in the intensive treatment facility named: _____.

We hereby state that we delivered a copy of this notice this day to the above-named person. We informed him or her that unless judicial review is requested, a certification review hearing will be held within four days of the date on which the person is certified for a period of intensive treatment to determine whether or not probable cause exists to detain him or her for intensive treatment related to the mental health disorder or impairment by chronic alcoholism. We informed the above-named person that an attorney or advocate will visit him or her to provide assistance in preparing for the hearing or to answer questions regarding his or her commitment or to provide other assistance. The court has been notified of this certification on this day.

(over)

Also, on this day the above-named person has been informed of his/her legal right to a judicial review by habeas corpus, and the term "habeas corpus" has been explained to him/her, and that he/she has been informed of his/her right to counsel, including court-appointed counsel pursuant to Welfare and Institutions Code Section 5276.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(physician/staff member of facility)

Print name: _____
(physician/staff member of facility)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(representing intensive treatment facility)

Print name: _____
(representing intensive treatment facility)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(countersignature)

Print name: _____
(countersignature)

COPIES:

Patient: _____

Patient's attorney or representative: _____

Other person designated by patient: _____

Superior Court (to be submitted with the psychiatric certification review hearing decision)

Reference: Welfare and Institutions Code Section 5252 to 5254.1

Aviso de Certificación Para Tratamiento Intensivo

Conforme Al: (Marque la casilla que corresponda)

- Código de Instituciones y Bienestar 5250 (14 días adicionales de tratamiento intensivo)
- Código de Instituciones y Bienestar 5270.15 (30 días adicionales de tratamiento intensivo)

El organismo autorizado que brinda los servicios de evaluación en el Condado de _____
_____ ha evaluado el estado de salud de:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: ____ Estado civil: ____

Dirección: _____

Nosotros, los suscritos, declaramos que la persona antes mencionada es así, como resultado de un trastorno de salud mental o deterioro por alcoholismo crónico (marque todas las casillas correspondientes):

- Representa un peligro para los demás
- Representa un peligro para sí mismo/misma
- Presenta una discapacidad grave según lo define la sección 5008(h)(1) del Código de Instituciones y Bienesta

Los hechos específicos que fundamentan nuestra opinión de que la persona que se menciona anteriormente cumple con una o más de las clasificaciones antes indicadas son los siguientes (*personas certificadas para detallar los hechos*): _____

La persona mencionada anteriormente fue informada sobre esta evaluación y se le notificó sobre la necesidad de recibir los siguientes servicios, pero no puede o no está dispuesto a aceptar la derivación ni el tratamiento de manera voluntaria: _____

Por lo tanto, certificamos para que la persona antes mencionada reciba un tratamiento intensivo relacionado con trastorno de salud mental o deterioro por alcoholismo crónico que comenzará el día _____ de (mes) _____ de 20_____, en el centro de tratamiento intensivo llamado: _____.

Por la presente declaramos que hemos entregado una copia de este aviso el día de la fecha indicada a la persona antes mencionada. Le informamos a él o a ella que a menos que se solicite una revisión judicial, se realizará una audiencia de revisión de la certificación dentro de los cuatro días a partir de la fecha en la que la persona se certifique para un período de tratamiento intensivo, para determinar si existe o no una causa probable para detenerlo a él o ella para tratamiento intensivo relacionado con un trastorno de salud mental o deterioro por alcoholismo crónico.

(sobre)

Hemos informado a la persona antes mencionada que un abogado o defensor lo visitará a él o ella para brindar asistencia en la preparación de la audiencia o para responder preguntas sobre su compromiso o proporcionar otro tipo de asistencia. La corte ha sido notificada de esta certificación el día de la fecha indicada.

Además, en el día de la fecha, la persona mencionada anteriormente fue notificada sobre su derecho legal a una revisión judicial mediante el hábeas corpus, se le explicó el significado del término "hábeas corpus", y se le informó acerca de su derecho a recibir asesoramiento, lo que incluye la asignación de un abogado por parte del tribunal según la sección 5276 del Código de Instituciones y Bienestar.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*médico/miembro del personal del establecimiento médico*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*médico/miembro del personal del establecimiento médico*)

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*establecimiento de tratamiento intensivo que representa*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*establecimiento de tratamiento intensivo que representa*)

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Signature: _____
(*contrafirma*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*contrafirma*)

COPIAS:

Paciente: _____

Abogado o representante del paciente: _____

Otra persona designada por el paciente: _____

Tribunal Superior (para presentar con la decisión de la audiencia de revisión de la certificación psiquiátrica)