GUARDIANSHIP
(TUTELA)

NO HAGA COPIAS O
PRESENTE DE ESTA PAGINA

1

Get a Permanent Appointment for an Adult
(Obtenga una designación permanente para un adulto)

Part 1: Preparing the First Court Papers (Forms Packet)
Parte 1: Preparación de los primeros documentos judiciales - Serie de formularios)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
Packet Last Revised May 2006
ALL RIGHTS RESERVED
PBGA1fcs – 5217

CENTRO DE AUTOSERVICIO

TUTELA

OBTENER UNA DESIGNACIÓN PERMANENTE PARA UN ADULTO

Parte 1: Cómo preparar los primeros documentos judiciales
(Sólo formularios)

Esta serie de documentos contiene formularios para preparar los primeros documentos judiciales de tutela para un adulto. Asegúrese de que los documentos estén en el orden siguiente:

Orden	*Número de expediente*	*Título*	*Núm. de páginas*
1	*PBGA1fts*	*Tabla de formularios de esta serie de documentos*	*1*
2	*PBGA1ks*	*Lista de control: "Designación de tutor para un adulto"*	*1*
3	*PB10fs*	*"Hoja de portada de testamentario"*	*3*
4	*PB11fs*	*"Hoja de información de testamentario"*	*2*
5	*PBGA11fs*	*"Petición de designación permanente de tutor para un adulto"*	*7*
6	*PBGC11fs*	*"Declaración jurada de la persona que será designada"*	*6*
7	*PBGCA12fs*	*"Hoja de información sobre el/la peticionante para el investigador del tribunal r"*	*3*
8	*PBGCA13fs*	*"Instrucciones y solicitud para que se fije la fecha de la audiencia de tutela/curaduría para la persona discapacitada/protegida"*	*2*
9	*PBGA14fs*	*"Orden de designación de abogado, médico e investigador del tribunal como tutor para un adulto"*	*2*
10	*PBGCA15fs*	*"Pautas para el informe médico"*	*7*

NO HAGA COPIAS O PRESENTE DE ESTA PAGINA

El Tribunal Superior de Arizona del Condado de Maricopa cuenta con los derechos de autor sobre los documentos que recibió. Se le autoriza utilizarlos con fines legítimos. Estos formularios no deberán usarse en la práctica no autorizada de la ley. El Tribunal no asume responsabilidad alguna y no acepta obligación alguna por las acciones de los usuarios de estos documentos, ni por la confiabilidad de su contenido. Estos documentos se revisan continuamente y tienen vigencia sólo para la fecha en que se reciben. Se le recomienda verificar constantemente que posea los documentos más actualizados.

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
May 2, 2006
ALL RIGHTS RESERVED

CENTRO DE AUTOSERVICIO

DESIGNACIÓN DE UN(A) TUTOR(A) PARA UN ADULTO

LISTA DE CONTROL

Utilice los formularios y las instrucciones de esta serie de documentos sólo si los siguientes factores se aplican a su situación:

- ✓ *Usted desea que el tribunal designe un(a) tutor(a) para un adulto y sabe que no es necesario la designación de un(a) curador(a) Y*
- ✓ *El adulto vive en el condado de Maricopa Y*
- ✓ *Un médico declaró o declarará que el adulto necesita un(a) tutor(a).*

Información acerca de cuándo es necesario designar un(a) curador(a): Un adulto generalmente necesita un(a) curador(a) en los siguientes casos:

1. *Cuando el adulto posee propiedades que serán desaprovechadas o despilfarradas a menos que se proporcione la administración correcta, y el adulto necesita fondos para su manutención, cuidado y bienestar, o dichos fondos son necesarios para la manutención, cuidado y bienestar de menores a cargo del adulto mencionado anteriormente.*

Información acerca de cuándo es necesario designar un(a) tutor(a): Un adulto generalmente necesita un(a) tutor(a) en los siguientes casos:

1. *Cuando el adulto necesita cuidado y supervisión por parte de otro adulto y actualmente no hay un adulto nombrado para el efecto.*

LÉASE: Es muy importante que usted sepa que cuando firma un documento judicial, usted podría estar ayudando o haciendo un daño a su caso judicial. Antes de firmar cualquier documento judicial o involucrarse en un caso judicial, es importante que acuda a un abogado para cerciorarse de estar haciendo lo correcto. El Centro de Autoservicio tiene una lista de abogados que pueden ofrecer asesoría legal y pueden brindarle servicio individual que requerirá que usted pague honorarios. Si desea más información sobre nuestra lista de abogados y nuestra lista de intermediarios, sírvase pedírsela al personal del Centro de Autoservicio.

NO HAGA COPIAS O PRESENTE DE ESTA PAGINA

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
March 1, 2005
ALL RIGHTS RESERVED

OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.

SUPERIOR COURT OF ARIZONA
COUNTY OF MARICOPA
(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA
CONDADO DE MARICOPA)

PROBATE COVER SHEET
(HOJA DE PORTADA PARA CUESTIONES TESTAMENTARIAS)

_____
Case Number/*(Número de caso)*

Pursuant to Rule 3.1 (a) of the Superior Court Local Rules, Maricopa County, please provide the following information. (Type or Print)
(De conformidad con la Regla 3.1 (a) de las reglas locales del Tribunal Superior del condado de Maricopa, sírvase suministrar la siguiente información. Escriba a máquina o en letra de imprenta)

_____
DECEDENT'S OR WARD'S NAME
(NOMBRE DEL DIFUNTO O PERSONA SUJETA A TUTELA)

_____
DECEDENT'S OR WARD'S ADDRESS
(DIRECCIÓN DEL DIFUNTO O PERSONA SUJETA A TUTELA)

_____
PETITIONER'S NAME
(NOMBRE DEL/DE LA PETICIONANTE)

_____
PETITIONER'S ADDRESS
(DIRECCIÓN DEL/DE LA PETICIONANTE)

_____
PETITIONER'S ATTORNEY
(ABOGADO DEL/DE LA PETICIONANTE)

_____
REASON FEES NOT PAID:
(RAZÓN POR LA QUE NO SE HAN PAGADO HONORARIOS)
☐ **Government Charge**/*(Cargo del gobierno)*
☐ **Deferred**/*(Diferido)*

_____
Name and State Bar Number
(Nombre y número de inscripción del colegio de abogados

LOCATION:
(LUGAR)
☐ **Downtown Phoenix**
☐ **Southeast Regional (Mesa)**
☐ **Northwest Regional (Surprise)**

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
July 9, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

NATURE OF ACTION / *(NATURALEZA DE LA ACCIÓN)*

Place an "X" next to the number which describes the nature of the case. Please check only ONE nature of action.
*(Coloque una "X" junto al número que describa la naturaleza del caso. Por favor, marque solamente **UNA** naturaleza de la acción.)*

200 ESTATE

____ 201 **Formal Appointment of Personal Representative**
(Designación formal de un representante personal)

____ 202 **Informal Appointment of Personal Representative**
(Designación informal de un representante personal)

____ 203 **Ancillary Administration**
(Administración auxiliar)

____ 204 **Affidavit of Succession to Realty**
(Declaración jurada de sucesión de propiedad inmobiliaria)

____ 205 **Trust Administration**
(Administración de un fideicomiso)

____ 206 **Formal Probate of Will**
(Verificación formal de un testamento)

____ 207 **Informal Probate of Will**
(Verificación informal de un testamento)

____ 208 **Proof of Authority**
(Prueba de autorización)

____ 210 **Other** _____
Specify
*(Otro)*XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(Especifique)

____ 211 **Single Transaction/Limited Conservatorship**
(Transacción única/Curaduría limitada)

____ 212 **Foreign Domicilliary**
(Domiciliario extranjero)

220 CONSERVATOR

____ 221 **Minor***/(Menor)*

____ 222 **Adult Incapacitated Person**
(Adulto incapacitado)

230 GUARDIANSHIP*/(TUTELA)*

____ 231 **Minor***/(Menor)*

____ 232 **Adult protected Person**
(Adulto tutelado)

____ 233 **Adult Incapacitated Person (Mental Health Powers)**
(Adulto incapacitado - poderes de salud mental)

240 GUARDIANSHIP-CONSERVATOR COMBINATION
(COMBINACIÓN DE TUTELA-CURADURÍA)

____ 241 **Minor***/(Menor)*

____ 242 **Adult Incapacitated Protected Person**
(Adulto incapacitado tutelado)

____ 243 **Adult Protected Person (Mental Health Powers)**
(Adulto tutelado - poderes de salud mental)

NAME(S) OF MINOR CHILD(REN):
(NOMBRE(S) DEL(DE LOS) MENOR(ES))

_____
_____
_____
_____
_____

BIRTH DATE(S) OF MINOR CHILD(REN):
(FECHA(S) DE NACIMIENTO DEL(DE LOS) MENOR(ES))

_____
_____
_____
_____
_____

(If you need additional space, use the next page.)
(Si necesita espacio adicional, use la siguiente página.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
July 9, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

To the best of my knowledge, all information is true and correct.
(A mi mejor saber, toda la información es verdadera y correcta.)

_____
Petitioner or Attorney Signature
(Firma del peticionante o abogado)

(Continued from previous page)

NAME(S) OF ANY MINOR CHILD(REN): *(NOMBRE(S) DEL(DE LOS) MENOR(ES))*	**BIRTH DATE(S) OF MINOR CHILD(REN):** *(FECHA(S) DE NACIMIENTO DEL(DE LOS) MENOR(ES))*
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

NOTICE/*(AVISO)*

Effective July 1, 1987 and pursuant to Superior Court (Maricopa County) Local Rule 3.1 (a), the Superior Court requests that a "Cover Sheet", which categorizes the cause of action, accompany any new action filed with the Superior Court in Maricopa County. For this reason, this form has been developed. The Cover Sheet will result in increased accuracy of court records and statistics, and in reduced processing time for new case filings.
(A partir del primero de julio de 1987 y de conformidad con la Regla local 3.1 (a) del Tribunal Superior (condado de Maricopa), el Tribunal Superior solicita que una "Hoja de portada", que clasifique la causa de la acción, acompañe toda nueva acción que se presente ante el Tribunal Superior del condado de Maricopa. Este formulario se ha desarrollado por esta razón. La Hoja de portada resultará en una mayor precisión de los registros, expedientes y estadísticas judiciales y en una reducción del tiempo necesario para procesar nuevos casos presentados.)

Copies of this Cover Sheet will be made available at the Probate Registrar's Office for the Clerk of the Superior Court.
(Copias de esta Hoja de portada estarán a la disposición del Secretario del Tribunal Superior en la Oficina del funcionario a cargo del registro de cuestiones testamentarias.)

PLEASE DO NOT INCLUDE THIS FORM WITH CASES THAT HAVE ALREADY BEEN FILED. This form can only be processed at the time of filing New Complaints and Petitions.
(POR FAVOR NO INCLUYA ESTA FORMULARIO CON CASOS QUE YA SE HAN PRESENTADO. Este formulario solamente puede procesarse cuando se presenten demandas y peticiones nuevas.)

Thank you for assisting us with our efforts to improve service.
(Le agradecemos su colaboración con nuestros esfuerzos para mejorar los servicios.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
July 9, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.

Person Filing:_____
(La persona que presenta el documento)
Address: _____
(Dirección)
City, State, and Zip Code: _____
(Ciudad, estado y código postal)
Phone:_____
(Teléfono)
Atlas Number (if applicable):_____
(Número de ATLAS - si corresponde)
Attorney's State Bar Number (if applicable): _____
(Número de inscripción del colegio de abogados - si corresponde)
Representing ☐ Self (Without a Lawyer) OR ☐ Attorney for ☐ Petitioner OR ☐ Respondent
(En representación de: ☒ sí mismo/a (sin abogado) O ☒ abogado ☒ del peticionante O ☒ del/de la demandado(a))

SUPERIOR COURT OF ARIZONA
MARICOPA COUNTY
(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA
CONDADO DE MARICOPA)

In the Matter of the Guardianship of:
(En lo referente a la tutela de)

_____
A Minor/An Adult
(Un menor/un adulto)

Case Number PB:_____
(Número de caso PB)

Probate Information Sheet
(Hoja de información sobre cuestiones Testamentarias)

<u>THIS FORM IS TO BE COMPLETED BY THE PETITIONER(S) AND RETURNED TO THE CLERK AT THE TIME OF THE HEARING.</u>
(EL/LA/LOS/LAS PETICIONANTE(S) DEBERÁ(N) COMPLETAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL SECRETARIO CUANDO TENGA LUGAR LA AUDIENCIA.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 12, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

DESCRIPTION OF *(DESCRIPCIÓN DEL)*	**PETITIONER** *(PETICIONANTE)*	**CO-PETITIONER** *(COPETICIONANTE)*
Name/*(Nombre)*		
Address*/(Dirección)*		
City, State, Zip *(Ciudad, estado, código postal)*		
Telephone Number *(Número de teléfono)*	( )	( )
Date of Birth *(Fecha de nacimiento)*		
Social Security Number *(Número del seguro social)*		
Passport Number *(Número de pasaporte)*		
Ethnicity*/(Etnicidad)*		
Height*/(Estatura)*		
Weight*/(Peso)*		
Color of Hair*/(Color de cabello)*		
Color of Eyes*/(Color de ojos)*		
Relationship to allegedly incapacitated person/person to be protected *(Relación con la persona supuestamente incapacitada/persona que debe ponerse bajo tutela)*		

Private Fiduciary Certification or Licensing Number: _____
(Certificación fiduciaria particular o número de licencia)

Date of birth of Minor(s) (if applicable): _____
(Fecha de nacimiento del/de los menor(es) - si corresponde)

Is the person you are seeking to assist a foreign national? ☐ **Yes** ☐ **No**
(¿Es la persona que está tratando de ayudar una persona de nacionalidad extranjera? ☒ Sí ☒ No)

If yes, please specify country: _____
(Si respondió sí, sírvase especificar el país)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 12, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.

Name of Person Filing Document: _____
(Nombre de la persona que presenta el documento)
Your Address: _____
(Su dirección)
Your City, State, and Zip Code: _____
(Su ciudad, estado y código postal)
Your Telephone Number: _____
(Su número de teléfono)
Atlas Number (if applicable): _____
(Número de ATLAS - si corresponde)
Attorney Bar Number (if applicable): _____
(Número de inscripción del colegio de abogados - si corresponde)
Representing ☐ Self (Without Attorney) OR ☐ Attorney for ☐ Petitioner OR ☐ Respondent
(En representación de: ☒ sí mismo/a (sin abogado) O ☒ abogado ☒ del/de la peticionante O ☒ del/de la demandado(a))

SUPERIOR COURT OF ARIZONA
MARICOPA COUNTY
(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA
CONDADO DE MARICOPA)

In the Matter of the Guardianship of:
(En el asunto de la tutela para)

_____
Incapacitated Person
(Persona discapacitada)

Case Number PB:_____
(Número de caso PB)

PETITION FOR PERMANENT APPOINTMENT OF GUARDIAN OF AN ADULT
(*PETICIÓN DE DESIGNACIÓN PERMANENTE DE UN(A) TUTOR(A) PARA UN ADULTO)*

REQUIRED INFORMATION FROM PETITIONER, UNDER OATH:
(INFORMACIÓN REQUERIDA DEL/DE LA PETICIONANTE, BAJO JURAMENTO)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 13, 2002
ALL RIGHTS RESERVED
APE

1. INFORMATION ABOUT ME. I am called the Petitioner:
(MIS DATOS. Me llaman el/la peticionante)
Name/*(Nombre)*: _____
Address*/(Dirección):* _____
Telephone*/(Teléfono):*_____
Social Security Number*/(Número del seguro social):*_____
Date of Birth*/(Fecha de nacimiento):*_____

My relationship to the person I say needs a guardian is: _____
(Mi parentesco con la persona que necesita un(a) tutor(a) es)

2. INFORMATION ABOUT THE PERSON I SAY NEEDS A GUARDIAN. This person is called the proposed incapacitated person:
(INFORMACIÓN ACERCA DE LA PERSONA QUE NECESITA UN(A) TUTOR(A). A esta persona se le conoce como la persona discapacitada propuesta)
Name/*(Nombre)*: _____
Address*/(Dirección):* _____
Telephone*/(Teléfono):*_____
Social Security Number*/(Número del seguro social):*_____
Date of Birth*/(Fecha de nacimiento):*_____

3. PERSONS WHO ARE ENTITLED TO NOTICE of the court matter under Arizona law, A.R.S. 14-5309 for guardians, and to whom I will give notice of this case: (See instructions)
(PERSONAS QUE TIENEN DERECHO A SER NOTIFICADAS del asunto del tribunal de acuerdo con lo establecido por la ley de Arizona, A.R.S. 14-5309 para tutores y a quienes notificaré acerca de este caso: - consulte las instrucciones)

	Name*/(Nombre)*	**Address/***(Dirección)*	**Relationship to Person Who I Say Needs a Guardian** *(Parentesco con la persona que necesita un(a) tutor(a))*
A.			
B.			
C.			

4. ASSETS OF PERSON WHOM I SAY NEEDS GUARDIAN: (check one box)
(BIENES DE LA PERSONA QUE NECESITA UN(A) TUTOR(A): - marque una casilla)

☐ **The person who needs a guardian has no substantial assets or income. No bond by Petitioner is required;**
(La persona que necesita un(a) tutor(a) no tiene bienes ni ingresos sustanciales. No es necesario que el/la peticionante presente una fianza;)

☐ **The person who needs a guardian has assets and/or annual income in the approximate amount of $_____. Explain:**

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 13, 2002
ALL RIGHTS RESERVED
APE

*(La persona que necesita un(a) tutor(a) tiene bienes e ingresos anuales por un monto aproximado de $ XXXXXXX Explique en inglés):*_____

_____

5. PERSON TO BE APPOINTED GUARDIAN (complete this only if the person is a different person than Petitioner):
(LA PERSONA QUE SERÁ DESIGNADA TUTOR(A) - complete esta información sólo si la persona no es el/la peticionante)

Name/*(Nombre)*: _____
Address*/(Dirección):* _____
Telephone*/(Teléfono):*_____
Social Security Number*/(Número del seguro social):*_____
Date of Birth*/(Fecha de nacimiento):*_____
Driver's License Number*/(Número de licencia de conducir)*:_____
My relationship to the person I say needs a guardian*:* _____
(parentesco con la persona que necesita un(a) tutor(a))

6. INFORMATION REGARDING GUARDIANSHIP. To the best of my knowledge, (check one box):
(INFORMACIÓN CON RESPECTO A LA TUTELA. A mi leal saber y entender, (marque una casilla):

☐ **No Guardian and/or Conservator has been appointed in any other court, and no court proceedings are pending for such appointment; OR**
(No se designó tutor(a) ni curador(a) en cualquier otro tribunal y no hay pendiente ningún proceso judicial para dicho designación; O)

☐ **Someone has been appointed Guardian and/or Conservator, or court proceedings are pending. Explain who, when, in what court, and if the appointee is guardian or conservator:**
(Alguien fue designado tutor(a) y curador(a) o hay procesos judiciales pendientes. Explique en inglés quién, cuándo y en qué tribunal fue designado, y si el designado es tutor(a) o curador(a)):

_____

7. REASONS FOR GUARDIANSHIP: I believe that the person needs a guardian and is incapacitated as defined by Arizona Law, A.R.S. §14-5101(1) to the extent that he or she lacks sufficient understanding or capacity to make or communicate responsible decisions concerning his or her person because of (check one or more reasons that you think apply):
(RAZONES DE LA TUTELA: Considero que la persona necesita un(a) tutor(a) y está discapacitada de acuerdo con lo establecido por la ley de Arizona, A.R.S. §14-5101(1) hasta el punto que él o ella carecen de suficiente entendimiento o capacidad para tomar o comunicar decisiones relacionadas con su persona debido a - marque una o más razones que considere pertinentes):

☐ **Mental illness, mental deficiency, mental disorder**;
(Enfermedad mental, deficiencia mental o desórdenes mentales;)

☐ **Physical illness or disability***/(Enfermedad física o discapacidad);*

☐ **Chronic use of drugs***/(Drogadicción crónica);*

☐ **Chronic intoxication***/(Alcoholismo crónico);*

☐ **Other (explain)***/(Otros - explique en inglés):*_____

8. REASONS FOR REQUESTED PERSON TO BE APPOINTED GUARDIAN: Either I or the person I request to be appointed in Paragraph 5 has priority for appointment under Arizona Law, A.R.S. § 14-5311,

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 13, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

because (check one or more that you think apply about the relationship to the person you say is incapacitated):
(RAZONES PARA QUE SE DESIGNE A LA PERSONA SOLICITADA COMO TUTOR(A): Ya sea yo, o la persona que solicito que se designe en el párrafo 5 tiene la prioridad de designación de acuerdo con lo establecido por la ley de Arizona, A.R.S. § 14-5311, debido a (marque una o más casillas que considere pertinentes acerca del parentesco con la persona discapacitada):

☐ **Appointee is the spouse of the incapacitated person**;
(El designado es el/la cónyuge de la persona discapacitada);

☐ **Appointee was selected by the incapacitated person to be the guardian**;
(La persona discapacitada seleccionó al designado como tutor(a));

☐ **Appointee is an adult child of the incapacitated person**;
(El designado es un hijo(a) adulto (a) de la persona discapacitada);

☐ **Appointee is the parent of the incapacitated person;**
(El discapacitado es el padre o la madre de la persona discapacitada);

☐ **Appointee is a relative of the incapacitated person and has lived with the person more than six months before filing this petition**;
(El designado es familiar de la persona discapacitada y ha vivido con la persona durante más de seis meses antes de presentar esta petición);

☐ **Appointee was chosen to be the guardian by someone who is caring for the incapacitated person or is paying benefits for the incapacitated person;**
(La persona que está encargada del cuidado de la persona discapacitada eligió al designado como tutor(a) o está pagando por el cuidado de la persona discapacitada);

☐ **Appointee is a private fiduciary, a professional guardian, conservator, or the Arizona Department of Veterans' Services.**
(El designado es un fiduciario privado, un(a) tutor(a) profesional, curador(a) o miembro de los Servicios del Departamento de Veteranos de Arizona.)

☐ **Other (explain):**_____
*(Otros - explique en inglés):*_____

9. REASONS I AM ASKING FOR A GUARDIANSHIP ORDER: The appointment of a guardian for the person I say is incapacitated is necessary or desirable to provide continuing care and supervision of the person, and is in his or her best interest. I am interested in the welfare of the person in need of protection because (explain)
*(RAZONES POR LAS QUE SOLICITO UNA ORDEN DE TUTELA: Es necesario la designación de un(a) tutor(a) para la persona que está discapacitada o se desea proporcionar cuidado y supervisión continuos a la persona por su bienestar. Me interesa el bienestar de la persona que necesita protección debido a - explique en inglés):*_____
_____
_____

10. INFORMATION FOR APPOINTMENT OF A PHYSICIAN: (You cannot ask the court for a guardianship unless the adult is examined by a physician and you file the physician's written report with the court before the hearing. If authority to consent to inpatient mental health care is being sought, the report must be prepared by a licensed psychiatrist or psychologist. I have the name, address, and telephone number of a physician who will examine the person I say is incapacitated and whose written report I will file with the court. The physician will also indicate if the incapacitated person needs inpatient mental health care and treatment and/or whether driving privileges should be suspended. ☐Yes or ☐ No. If yes, identify the name, address and telephone number of the physician.
(INFORMACIÓN PARA LA DESIGNACIÓN DE UN MÉDICO: No puede solicitar al tribunal un(a) tutor(a) a menos que un médico examine al adulto y presente el informe médico por escrito al tribunal antes de la

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 13, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

audiencia. Si se pretende autorización de consentir cuidado de la salud mental como paciente interno, el informe debe ser preparado por un psiquiatra o psicólogo autorizado. Yo tengo el nombre, dirección y número de teléfono de un médico que examinará a la persona discapacitada y cuyo informe escrito presentaré al tribunal. El médico también indicará si la persona discapacitada necesita cuidado y tratamiento de la salud mental como paciente interno y si los privilegios de conducción se deben suspender. ☒Sí o ☒ No. Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre, dirección y número de teléfono del médico.)

Name of Physician*/(Nombre del médico):*_____
Address*/(Dirección):* _____
Telephone Number*/(Número de teléfono):* _____

11. APPOINTMENT OF AN ATTORNEY (You cannot ask the court for a guardianship unless the adult has a lawyer appointed to represent him or her. See the instructions on how to do this.) (Check one box only and fill in the information requested):
(DESIGNACIÓN DE UN ABOGADO No puede solicitar al tribunal una tutela a menos que el adulto tenga un abogado designado para que lo represente. Consulte las instrucciones acerca de cómo nombrar un abogado. Marque sólo una casilla y complete la información solicitada):

☐ **The person I say is incapacitated already has an attorney who will represent the person in court about this guardianship:**
(La persona discapacitada ya tiene un abogado que la representará en el juicio acerca de esta tutela):
NAME OF ATTORNEY*/(NOMBRE DEL ABOGADO):*_____
ADDRESS*/(DIRECCIÓN):*_____
TELEPHONE*/(TELÉFONO):*_____

OR*/(O)*

☐ **The incapacitated person is not represented by an attorney, and I request this Court to appoint an attorney.**
(La persona discapacitada no está representada por un abogado y solicito que el tribunal nombre uno.)

*REQUIR*ED STATEMENTS TO THE COURT, UNDER OATH: **(Note: you must check each box as true, and all these statements must be true, or you cannot file this Petition.)**

(DECLARACIONES REQUERIDAS POR EL TRIBUNAL, BAJO JURAMENTO: Nota: debe marcar cada casilla que sea verdadera y la declaración marcada debe ser verdad o de lo contrario, no podrá presentar esta petición.)

12. ☐ **TRUE** **Venue (the court in which you are filing this Petition) is proper in this county because the person who is said to need a guardianship lives in or is present in this county.**
(VERDADERO La jurisdicción (el tribunal en donde presenta esta petición) es la apropiada en este condado pues la persona de quien se declara que necesita un(a) tutor(a) vive o se encuentra en este condado.)

13. ☐ **TRUE** **The person who is requesting to be the guardian has completed the required document called Affidavit of Person to be Appointed as Guardian of an Adult and is filing that Affidavit with this Petition as required by Arizona law, A.R.S. § 14-5106.**
(VERDADERO La persona que está solicitando ser el/la tutor(a) completó los documentos requeridos denominados Declaración jurada de la persona que será designada

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 13, 2002
ALL RIGHTS RESERVED
APE

como tutor(a) para un adulto y presenta esa declaración jurada con esta petición de acuerdo con lo establecido por la ley de Arizona, A.R.S. § 14-5106.)

14. ☐ **TRUE** **I or the person I request to be appointed in Paragraph 5 is a suitable and proper person to act as guardian and is entitled to consideration for appointment under Arizona Law, A.R.S. § 14-5106, 5311, and/or 5410.**

(VERDADERO Yo o la persona que solicito que sea designada en el párrafo 5 somos personas capaces y apropiadas para ser designada tutor(a) y tiene derecho a ser considerada para dicho nombramiento de acuerdo con lo establecido por la ley de Arizona, A.R.S. § 14-5106, 5311, y 5410.)

REQUEST TO THE COURT FOR AN ORDER, UNDER OATH: **Petitioner asks the court to do the following:**

(SOLICITUD AL TRIBUNAL DE UNA ORDEN, BAJO JURAMENTO: El/la peticionante solicita que el tribunal)

1. **Schedule a hearing to determine if a guardianship is appropriate**;
   (Fije una audiencia para determinar si es necesaria la tutela;)
2. **Appoint a physician if one is not available to examine the person I say needs a guardian and a lawyer to represent the person.**
   (Nombre un médico si no hay uno disponible para que examine a la persona que necesita un(a) tutor(a) y un abogado para que represente a la persona.)
3. **After the Petitioner gives notice of the hearing to all interested persons and to those required by law, hold a hearing to determine if the Court should order a guardianship;**
   (Después de que el/la peticionante notifique de la audiencia a todas las personas interesadas y a las establecidas por la ley, celebre una audiencia para determinar si el tribunal debe ordenar una tutela;)
4. **Make a finding that the person is incapacitated and needs a guardian, and if applicable make a finding that the incapacitated person requires inpatient mental health care.**
   (Haga una determinación para establecer que la persona es discapacitada y necesita un(a) tutor(a), y, si es necesario haga una determinación en donde establezca que la persona discapacitada requiere cuidado de la salud mental como paciente interno.)
   Please check box if you are requesting this authorization from the court.
   (Marque la casilla si está solicitando esta autorización por parte del tribunal.)
   After the Petitioner gives notice of the hearing to all interested persons and to those required by law, hold a hearing to determine if the Court should order a guardianship;
   (Después de que el/la peticionante haya notificado de la audiencia a todas las partes interesadas y a aquellas establecidas por la ley, celebre una audiencia para determinar si el tribunal debe ordenar una tutela;)
   Please check box if you are requesting this authorization from the court.
   (Marque la casilla si está solicitando esta autorización por parte del tribunal.)

   ☐ **Pursuant to A.R.S. § 14-5312.01(B), authorize the guardian to give consent for the ward to receive inpatient mental health care including placement in a level one behavioral health facility licensed by the department of health services and medical, psychiatric and psychological treatment associated with that placement.**
   (De conformidad con A.R.S. § 14-5312.01(B), se autoriza que el/la tutor(a) brinde consentimiento al/a la pupilo(a) para que reciba cuidado de la salud mental como paciente interno, incluyendo internar al/a la pupilo(a) en una institución de salud mental de primera autorizada por el Departamento de servicios de salud y el tratamiento médico, psiquiátrico y psicológico asociado con ese internamiento.)
5. **Appoint a guardian of the proposed incapacitated person.**
   (Designe un(a) tutor(a) para la persona discapacitada propuesta.)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 13, 2002
ALL RIGHTS RESERVED
APE

6. **Make any other orders the Court decides are in the best interests of the proposed incapacitated person.**
(Expida cualquier otra orden que el tribunal considere que es por el bienestar de la persona discapacitada. propuesta.)

OATH AND VERIFICATION OF PETITIONER:
(JURAMENTO Y VERIFICACIÓN DEL/DE LA PETICIONANTE)

STATE OF ARIZONA/*(ESTADO DE ARIZONA)* **)**
COUNTY OF/*(CONDADO DE)* **_____) ss**

I, the Petitioner, being duly sworn and under oath, state that I have read this Petition. All the statements in the Petition are true and correct and complete to the best of my knowledge and belief.
(Yo, el peticionante, debidamente juramentado(a) y bajo juramento, declaro haber leído esta petición. Todas las declaraciones en la petición son verdaderas y correctas y completas según mi mejor saber y creencia.)

SIGNATURE*/(FIRMA):*_____

SUBSCRIBED AND SWORN or affirmed and acknowledged before me this____ day of _____20___, by _____.
(FIRMADO Y JURADO o confirmado y reconocido ante mí a los XX días del mes de XXX del año 20XX, por XXXX.)

My Commission Expires*/(Mi comisión se vence):*

_____
Notary Public*/(Notario público)*

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 13, 2002
ALL RIGHTS RESERVED
APE

OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.

Name of Person Filing Document: _____
(Nombre de la persona que presenta el documento)
Your Address: _____
(Su dirección)
Your City, State, and Zip Code: _____
(Su ciudad, estado y código postal)
Your Telephone Number: _____
(Su número de teléfono)
Atlas Number (if applicable): _____
(Número de ATLAS - si corresponde)
Attorney Bar Number (if applicable): _____
(Número de inscripción del colegio de abogados - si corresponde)
Representing ☐ Self (Without Attorney) OR ☐ Attorney for ☐ Petitioner OR ☐ Respondent
(En representación de: ☒sí mismo/a (sin abogado) O ☒abogado ☒ del/de la peticionante O ☒ del/de la demandado(a))

SUPERIOR COURT OF ARIZONA
MARICOPA COUNTY
(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA
CONDADO DE MARICOPA)

In the Matter of the
Guardianship and/or Conservatorship of
(En referencia a la tutela o curaduría de)

_____
☐ **an Adult**/*(un adulto)* **or**/*(o)* ☐ **a Minor**/*(un menor)*

Case Number: PB_____
(Número de caso: PB)

AFFIDAVIT OF PERSON TO BE APPOINTED GUARDIAN AND/OR CONSERVATOR
(DECLARACIÓN JURADA DE LA PERSONA QUE SERÁ DESIGNADO TUTOR O CURADOR)

INSTRUCTIONS: The person who wants to be appointed the guardian and/or conservator must answer each statement as TRUE or FALSE. Each answer that is false must be explained in writing in an attachment to this affidavit.

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 12, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

(INSTRUCCIONES: La persona que desee ser designada tutor o curador debe responder cada afirmación con CIERTO o FALSO. Debe explicar por escrito en inglés cada respuesta que sea falsa en un documento anexo a esta declaración jurada.)

STATEMENTS MADE UNDER OATH TO THE COURT: Arizona law A.R.S. §14-5106 requires the person seeking appointment to answer items 1-15. Additionally, the Superior Court in Maricopa County requires the person to complete the information requested in item 16. This document must be filed with the Petition for Appointment of Guardian and/or Conservator.

(DECLARACIONES HECHAS BAJO JURAMENTO AL TRIBUNAL: La ley de Arizona A.R.S. §14-5106 requiere que la persona que pretenda la designación debe responder las puntos del 1 al 15. Además, el Tribunal superior del condado de Maricopa requiere que la persona complete la información solicitada en el punto 16. El documento debe ser presentado junto con la Petición de designación de tutor o curador.)

1. ☐ **True or** ☐ **False.** **I have not been convicted of a felony in any jurisdiction.**
(Cierto o Falso. No he sido condenado por delitos graves en ninguna jurisdicción.)

2. ☐ **True or** ☐ **False.** **I have not acted as a guardian or conservator for another person for at least three years before I filed this Petition.**
(Cierto o Falso. No he actuado como tutor o curador de ninguna otra persona por lo menos tres años antes de presentar esta petición.)

3. ☐ **True or** ☐ **False.** **I know and understand the powers and duties I would have as a guardian and/or conservator.**
(Cierto o Falso. Conozco y comprendo las facultades y deberes que tendría como tutor o curador.)

4. ☐ **True or** ☐ **False.** **I have not had a power of attorney for anyone for at least three years before I filed this Petition.**
(Cierto o Falso. No he tenido poder notarial por nadie por lo menos tres años antes de presentar esta petición.)

5. ☐ **True or** ☐ **False.** **I am not, to the best of my knowledge, listed in the Elder Abuse Registry at the Office of the Arizona Attorney General.**
(Cierto o Falso. A mi leal saber, no aparezco en el Registro de abuso de mayores de la Oficina del Procurador general de Arizona.)

6. ☐ **True or** ☐ **False.** **To the best of my knowledge, no business in which I have an interest is listed in the Elder Abuse Registry at the Office of the Arizona Attorney General.**
(Cierto o Falso. A mi leal saber, ningún negocio en el que yo tenga algún interés aparece en el Registro de abuso de mayores de la Oficina del Procurador general de Arizona.)

7. ☐ **True or** ☐ **False.** **Arizona law requires that a guardian/conservator file an annual**

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 12, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

report/accounting with the court. If I have been a guardian/conservator before, I either filed the required documents on time, or within 3 months of receiving a notice from the court that the report/accounting was due.

(Cierto o Falso La ley de Arizona requiere que el tutor / curador presente un reporte / contabilidad anual al tribunal. Si he sido tutor / curador antes, presenté a tiempo los documentos requeridos, o bien, en un plazo de tres meses después de recibir una notificación del tribunal avisando que el reporte / contabilidad estaba atrasado.)

8. ☐ **True or** ☐ **False.** **I have never been removed by the court as a guardian or conservator.**
(Cierto o Falso. El tribunal nunca me ha destituido como tutor o curador.)

9. ☐ **True or** ☐ **False.** **The nature of my relationship to the proposed ward or protected person is:**
(Cierto o Falso. La naturaleza de mi relación con el pupilo propuesto o la persona protegida es)

10. ☐ **True or** ☐ **False.** **I met the proposed ward under the following circumstances:**
(Cierto o Falso. Conocí aI pupilo propuesto en las siguientes circunstancias)

11. ☐ **True or** ☐ **False.** **I have never received anything of value greater than a total of one hundred dollars in any one year by gift, or will, or inheritance from an individual or the estate of an individual to whom I was not related by blood or marriage and for whom I served at any time as guardian, conservator, trustee, or attorney-in-fact.**

(Cierto o Falso. Nunca he recibido nada por un valor total superior a los cien dólares en un año dado, a modo de regalo, testamento o herencia de un individuo o del patrimonio de un individuo con quien no esté relacionado por matrimonio o por sangre, y para quien haya servido en cualquier momento de tutor, curador, administrador o representante legal.)

12. ☐ **True or** ☐ **False.** **No business in which I have an interest has ever received anything of value greater than a total of one hundred dollars in any one year by gift, or will, or inheritance from an individual or the estate of an individual to whom I am not related by blood or marriage and for whom I served at any time as guardian, conservator, trustee, or attorney-in-fact.**

(Cierto o Falso. Ningún negocio en el que yo tenga interés ha recibido nada por un valor total superior a los cien dólares en un año dado, a modo de regalo, testamento o herencia de un individuo o del patrimonio de un individuo con quien no esté relacionado por matrimonio o por sangre, y para quien haya servido en cualquier momento de tutor, curador, administrador o representante legal.)

13. ☐ **True or** ☐ **False.** **To the best of my knowledge, I am not named as a personal representative, trustee, beneficiary, or other type of beneficiary for any individual to whom I am not related by blood or marriage and for whom I have ever served as guardian, conservator, trustee, or attorney-in-fact.**

(Cierto o Falso. A mi leal sable, no soy nombrado como representante personal, administrador,

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 12, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

beneficiario o como cualquier otro tipo de beneficiario por ningún individuo con quien no esté relacionado por matrimonio o por sangre, y para quien haya servido en cualquier momento de tutor, curador, administrador o representante legal.)

14. ☐ **True or** ☐ **False.** **To the best of my knowledge, no business in which I have an interest is named as a personal representative, trustee, beneficiary, or other type of beneficiary for any individual to whom I am not related by blood or marriage and for whom I have ever served as guardian, conservator, trustee, or attorney-in-fact.**

(Cierto o Falso. A mi leal saber, ningún negocio en el que yo tenga interés es nombrado como representante personal, administrador, beneficiario o como cualquier otro tipo de beneficiario por ningún individuo con quien no esté relacionado por matrimonio o por sangre, y para quien haya servido en cualquier momento de tutor, curador, administrador o representante legal.)

15. ☐ **True or** ☐ **False.** **I have no interest in any business that provides housing, health care, nursing care, residential care, assisted living, home health services, or comfort care services to any individual.**

(Cierto o Falso. No tengo ningún interés en ningún negocio que ofrezca vivienda, cuidados de salud, cuidados de crianza, cuidados residenciales, vivienda asistida, servicios domésticos de salud o servicios de cuidado a ninguna persona.)

16. **Additional identifying information about the person seeking this appointment**:
(Información adicional de identificación de la persona que busca esta designación)

Gender/*(Sexo)*:_____
Weight/*(Peso)*:_____
Color of Hair _____
(Color de pelo)
Driver License Number:_____
(Número de licenca de conducir)
Expiration Date:_____
(Fecha de vencimiento)

Height/*(Estatura)*: _____
Color of eyes/*(Color de ojos)*: _____
Date of birth _____
(Fecha de nacimiento):
State issuing license:_____
(Estado emisor de la licencia)
Social Security Number:_____
(Número de seguro social

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 12, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

OATH OF THE PERSON SEEKING TO BE APPOINTED AS GUARDIAN AND CONSERVATOR:

(JURAMENTO DE LA PERSONA QUE BUSCA SER DESIGNADA TUTOR O CURADOR)

STATE OF ARIZONA/*(ESTADO DE ARIZONA)* **)**
COUNTY OF/*(CONDADO DE)* _____ **) ss**

I have read, understood, and completed the above statements and the attached document. Everything I have said is true and correct to the best of my knowledge, information, and belief.
(He leído, comprendido y completado las declaraciones anteriores y el documento anexo. Todo lo que he dicho es cierto y correcto a mi leal saber y entender.)

SIGNATURE:_____
(FIRMA)

SUBSCRIBED AND SWORN or affirmed and acknowledged before me this____ day of _____20___, by _____.
(FIRMADO Y JURADO o confirmado y reconocido ante mí a los XX días del mes de XXX del año 20XX, por XXXX.)

My Commission Expires*/(Mi comisión se vence):*

_____
Notary Public*/(Notario público)*

EXPLANATIONS THAT MUST BE ADDED TO THE AFFIDAVIT OF PERSON WHO WANTS TO BE APPOINTED

Required by Arizona Law: A.R.S. § 14-5106

(EXPLICACIONES QUE DEBEN AGREGARSE A LA DECLARACIÓN JURADA DE LA PERSONA QUE DESEA SER DESIGNADA

Requeridas por la ley de Arizona: A.R.S. § 14-5106)

You must explain the following as an attachment to your Affidavit for any statement which you marked "F" (false). FILE THE EXPLANATIONS WITH THE AFFIDAVIT, BUT DO NOT FILE THIS INSTRUCTION SHEET. All the information in the explanations is also under oath to the court.
(Usted debe explicar en un documento anexo los siguientes puntos por cada declaración que haya marcado "F" (falso). PRESENTE LAS EXPLICACIONES JUNTO CON LA DECLARACIÓN JURADA, PERO NO PRESENTE ESTA HOJA DE INSTRUCCIONES. Toda la información de las explicaciones también está bajo juramento ante el tribunal.)

1. **As to each felony for which you have been convicted, list:**
   (Acerca de cada delito grave por el que haya sido condenado, indique)
   a. **The nature of the offense**./*(La naturaleza del delito.)*
   b. **The name and address of the sentencing court**.
   (El nombre y la dirección del tribunal que sentenció.)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 12, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

c. **The case number.**/*(El número de caso.)*
d. **The date of conviction**./*(La fecha de condena.)*
e. **The terms of the sentence**./*(Los términos de la sentencia.)*
f. **The name and telephone number of any current probation or parole officer**.
(El nombre y el número telefónico de cualquier oficial actual de libertad condicional o libertad bajo palabra.)
g. **The reasons why the conviction should not disqualify you from appointment.**
(Las razones por las que esta condena no lo descalifica para la designación.)

2. **If you have acted as guardian or conservator within three years before filing this petition, list:**
(Si usted ha actuado de tutor o curador menos de tres años antes de esta petición, indique)
a. **The names of individuals for whom you are currently serving, and court case numbers.**
(El nombre de los individuos para los cuales usted esté sirviendo actualmente y el número de caso judicial.)
b. **The names of individuals for whom your appointment has been terminated within the three-year period, and the court case number.**
(El nombre de los individuos para los cuales haya concluido su designación dentro del periodo de tres años y el número de caso judicial.)

3. **If you do not have the required information, please explain how you intend to obtain this information.**
(Si usted no tiene la información requerida, favor de explicar cómo intenta obtener esta información.)

4. **State the total number of persons for whom you have done this. If you have acted under a power of attorney for the proposed ward/protected person, explain:**
(Declare el número total de personas para las cuales haya hecho esto. Si usted ha actuado con poder notarial para el pupilo / protegido propuesto, explique)
a. **The date the power of attorney was signed**./*(La fecha en que fue firmado el poder notarial.)*
b. **The place where it was signed./(***El lugar donde fue firmado*.)
c. **The actions you have taken pursuant to the power of attorney.**
(Las acciones que usted haya tomado de conformidad con el poder notarial)
d. **Whether the power of attorney is currently in effect.**
(Si el poder notarial está en vigor actualmente.)

5. **State the reason for such listing.**/*(Indique la razón de que esté registrado.)*

6. **List the name(s) of the business(s) and the reason for each such listing.**
(Indique el nombre del (los) negocio(s) y la razón de que esté(n) registrado(s).)

7. **List the name and location of the court and the name and case number of the files in which you were delinquent in filing the required report.**
(Indique el nombre y la ubicación del tribunal y el nombre y el número de caso de los expedientes en los que usted haya sido moroso para presentar el informe requerido.)

8. **List the name and location of the court, the name and case number of each file, and the circumstances of your removal.** *(Indique el nombre y la ubicación del tribunal, el nombre y el número de caso de cada expediente y las circunstancias de su destitución.)*

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 12, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

9. **State the number of occasions on which you received such gifts, list the gifts, the dates they were received, describe the gifts and list the value of each.**
(Declare el número de ocasiones en que haya recibido tales regalos, enumere los regalos, la fecha en que fueron recibidos, describa los regalos e indique el valor de cada uno.)

10. **State the number of occasions on which the business received such gifts, list the gifts, the dates they were received, describe the gifts and list the value of each.**
(Declare el número de ocasiones en que el negocio haya recibido tales regalos, enumere los regalos, la fecha en que fueron recibidos, describa los regalos e indique el valor de cada uno.)

11. **State the number of occasions on which you have been so named.**
(Declare el número de ocasiones en que haya sido nombrado.)

12. **State the number of occasions on which the business was named.**
(Declare el número de ocasiones en que el negocio haya sido nombrado.)

13. **List the name and address of each business and the extent and nature of your interest.**
(Indique el nombre y la dirección de cada negocio y la magnitud y naturaleza de sus intereses.)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 12, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.

PETITIONER'S INFORMATION SHEET TO COURT INVESTIGATOR

(HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL INVESTIGADOR JUDICIAL)

Instructions to Petitioner: You must complete this form and send it to Court Administration with the Request for Hearing form. This information will assist the Court Investigator in scheduling and conducting an appointment with the person for whom you have said that a guardian and/or a conservator is needed. If you do not complete this form, we might have to delay the Court hearing on your Petition.
(Instrucciones para el peticionante: *Debe llenar este formulario y enviarlo a la Administración del tribunal con el formulario Solicitud de audiencia. Esta información ayudará al investigador judicial a concertar una cita con la persona de quien usted declara que necesita un(a) tutor(a) o un(a) curador(a). Si no llena este formulario el tribunal tendría que demorar la audiencia a la que se refiere su petición.)*

Your Case Number: PB _____
(Su número de caso PB)

1. INFORMATION ABOUT THE PERSON YOU SAY NEEDS GUARDIAN OR CONSERVATOR:

(INFORMACIÓN ACERCA DE LA PERSONA DE QUIEN USTED DECLARA QUE NECESITA UN(A) TUTOR(A) O UN(A) CURADOR(A))

Name: _____ **Telephone:**_____
(Nombre) *(Teléfono)*

Present Address:_____ **Permanent Address:**_____
(Dirección actual) *(Dirección permanente)*

2. OTHER INFORMATION ABOUT THE PERSON WHO IS SAID TO BE INCAPACITATED OR IN NEED OF PROTECTION:

(INFORMACIÓN ADICIONAL ACERCA DE LA PERSONA DE QUIEN SE DICE QUE ES DISCAPACITADA O ESTÁ EN NECESIDAD DE PROTECCIÓN)

A. **Location during the daytime**:_____
(Lugar en donde se le localiza durante el día)

B. **Language person speaks, or other information about communication barriers:**
*(Idioma que habla la persona u otra información acerca de posibles barreras en la comunicación)*_____

C. **Has the person served in the military?** ☐ **YES or** ☐ **NO**
(¿Ha prestado la persona servicio militar? ☒ *SÍ o* ☒ *NO)*

D. **Location of the person's spouse, if he or she is alive**:_____
(*Lugar en donde se localiza al cónyuge de la persona, si él o ella estuviera vivo(a))*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 10, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

3. INFORMATION ABOUT THE PERSON/PEOPLE WHO IS/ARE ASKING TO BE THE GUARDIAN(S) AND/OR CONSERVATOR(S):

(INFORMACIÓN ACERCA DE LA(S) PERSONA(S) QUE SOLICITA(N) SER TUTOR(ES) O CURADOR(ES))

Description of: *(Descripción del)*	**Petitioner** *(Peticionante)*	**Co-Petitioner** *(Co-peticionante)*
Name: *(Nombre)*		
Address: *(Dirección)*		
City, State, Zip Code: *(Ciudad, Estado, Zona Postal)*		
Home Telephone: *(Número de teléfono de la casa)*		
Work Telephone: *(Número de teléfono del trabajo)*		
Social Security No. / State ID No.: *(Núm. de Seguro Social/Núm. de cédula del estado)*		
Race: *(Raza)*		
Height: *(Estatura)*		
Weight: *(Peso)*		
Color of Hair: *(Color del cabello)*		
Color of Eyes: *(Color de los ojos)*		
Relationship to Ward: *(Relación con la persona bajo tutela)*		

4. INFORMATION ABOUT THE COURT-APPOINTED PHYSICIAN:

(INFORMACIÓN ACERCA DEL MÉDICO DESIGNADO POR EL TRIBUNAL)

Name*/(Nombre):*_____
Address*/(Dirección):*_____
Telephone*/(Teléfono):*_____

5. INFORMATION ABOUT PETITIONER'S ATTORNEY

(INFORMACIÓN ACERCA DEL ABOGADO DEL PETICIONANTE)

Name*/(Nombre):*_____
Address*/(Dirección):*_____
Telephone*/(Teléfono):*_____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 10, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

INFORMATION ABOUT CO-PETITIONER'S ATTORNEY:
(INFORMACIÓN ACERCA DEL ABOGADO DEL CO-PETICIONANTE)

Name/*(Nombre):*_____
Address/*(Dirección):*_____
Telephone/*(Teléfono):*_____

For Court Use Only/*(Sólo para uso del Tribunal):*
Commissioner/*(Comisionado):*_____
Date and Time of Hearing/*(Fecha y hora de la audiencia):*_____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 10, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.

Name of Person Filing Document: _____
(Nombre de la persona que presenta el documento)

Address: _____
(Dirección)

City, State, Zip Code: _____
(Ciudad, estado y código postal)

Telephone Number: _____
(Número de teléfono)

Case No. PB: _____
(Número de caso PB)

INSTRUCTIONS AND REQUEST FOR HEARING DATE GUARDIANSHIP/CONSERVATORSHIP FOR AN ADULT

(INSTRUCCIONES Y PEDIDO DE FECHA PARA AUDIENCIA TUTELA/CURADURÍA PARA UN ADULTO)

1. Court Location: There are 3 locations of the Superior Court in Maricopa County: Mesa, Downtown Phoenix and Surprise. The Southeast Court (Mesa) is for persons who live in Mesa, Tempe, Chandler, Gilbert, and Apache Junction to the southern border of the Salt River, but not Scottsdale. You may file your papers at either of the Superior Court locations, but your hearing will be held at the downtown Phoenix location.
(Sede del Tribunal: Existen 3 sedes del Tribunal superior en el condado de Maricopa: Mesa y Centro de Phoenix (Downtown) y Surprise.. El Tribunal del sudeste (Mesa) es para las personas que viven en Mesa, Tempe, Chandler, Gilbert y Apache Junction hacia la orilla sur del río Salt (Salt River), pero no en Scottsdale. Puede presentar sus documentos en cualquiera de las dos sedes del Tribunal superior, pero su audiencia se celebrará en la sede del Centro de Phoenix (Downtown).)

PHOENIX	MESA	SURPRISE:
Probate Court Administration	**Probate Court Administration**	**Probate Court Administration**
Old Courthouse, 1st Floor	**222 East Javelina Drive**	**14264 W. Tierra Buena Lane**
125 West Washington	**Suite 2100**	**Surprise, Arizona 85374**
Phoenix, AZ 85003-2205	**Mesa, AZ 85210-6201**	**(623) 372-9400**
(602) 506-3668	**(602) 506-3141**	**Hours** *(Horas)* **: 8am – 5pm**
Hours *(Horas)*: **8am – 5pm**	**Hours** *(Horas)*: **9am-noon; 1-3 pm**	

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
April 1, 2004
ALL RIGHTS RESERVED

2. Court Documents: After you file your forms with the Clerk's Office at the Court, take the following documents to Probate Court Administration (address above):
(Documentos judiciales: Una vez haya presentado sus formularios al secretario de la Oficina del tribunal, lleve los siguientes documentos a la Administración del tribunal de testamentario - la dirección aparece arriba

a. Two copies of the *"Petition for Permanent Appointment"* stamped by the Clerk, AND
(Dos copias del formulario "Petición de Designación Permanente" selladas por el secretario, Y)

b. Two copies of the *"Affidavit of Proposed Appointee"* stamped by the Clerk, AND
(Dos copias del formulario "Declaración jurada de la persona designada propuesta" selladas por el secretario, Y)

c. Two copies of the *"Affidavit of Proposed Appointee"* stamped by the Clerk, AND
(Dos copias del formulario "Declaración jurada de la persona designada propuesta" selladas por el secretario, Y)

d. The original and one copy of this *"Request for Hearing"* Form.
(El original y una copia de este formulario "Pedido de audiencia".)

3. Hearing Date and Assignment of Judicial Officer: Court Administration will set a hearing date and time and check the box in front of the name of the judicial officer who will hear this case.
(Fecha de la audiencia y asignación del oficial judicial: La Administración del tribunal fijará la fecha y hora para la audiencia y marcará la casilla frente al nombre del oficial judicial que atenderá este caso.)

HEARING DATE AND TIME:_____, at_____a.m./p.m
(FECHA Y HORA DE LA AUDIENCIA XXXXXXXX a las XXXXXX a.m../p.m.)

☐ **Judge Barbara Mundell**
Old Courthouse
125 West Washington
Phoenix, AZ 85003-2205

☐ **Commissioner Lindsay Ellis**
Old Courthouse
125 West Washington
Phoenix, AZ 85003-2205

☐ **Commissioner Jane Bayham-Lesselyong**
Old Courthouse
125 West Washington
Phoenix, AZ 85003-2205

☐ **Commissioner Edward W. Bassett**
Old Courthouse
125 West Washington
Phoenix, AZ 85003-2205

4. Notice of Hearing: Court Administration will return this form to you after setting the date, time and place of hearing, and the name of the judicial officer that will hear your case. This is the information you will use to prepare the *"Order Appointing Attorney, Physician, and Court Investigator"* and the *"Notice of Hearing."*
(Aviso de audiencia: La Administración del tribunal le devolverá este formulario una vez haya establecido la fecha, hora y lugar de la audiencia, y el nombre del oficia judicial que atenderá su caso. Usted utilizará esta información para preparar la "Orden de designación de abogado, médico e investigador judicial" y la "Aviso de audiencia".)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
April 1, 2004
ALL RIGHTS RESERVED

OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.

Name of Person Filing Document: _____
(Nombre de la persona que presenta el documento)
Your Address: _____
(Su dirección)
Your City, State, and Zip Code: _____
(Su ciudad, estado y código postal)
Your Telephone Number: _____
(Su número de teléfono)
Attorney Bar Number (if applicable): _____
(Número de inscripción del colegio de abogados - si corresponde)
Representing ☐ Self (Without Attorney) OR ☐ Attorney for ☐ Petitioner OR ☐ Respondent
(En representación de: ☒ sí mismo/a (sin abogado) O ☒ abogado ☒ del/de la peticionante O ☒ del/de la demandado(a))

SUPERIOR COURT OF ARIZONA
MARICOPA COUNTY
(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA
CONDADO DE MARICOPA)

In the Matter of the Guardianship of:
(En el asunto de la tutela para)

Case Number PB:_____
(Número de caso PB)

ORDER APPOINTING ATTORNEY, PHYSICIAN,
AND COURT INVESTIGATOR FOR GUARDIAN FOR AN ADULT
(ORDEN DE DESIGNACIÓN DE UN ABOGADO, MÉDICO E INVESTIGADOR DEL TRIBUNAL COMO TUTOR(A) PARA UN ADULTO)

_____
Incapacitated Person/*(Persona discapacitada)*

1. **SCHEDULED HEARING: A sworn *"Petition for Appointment of a Guardian"* was filed and this court has scheduled a hearing to determine the merits of the Petition as follows:**
(AUDIENCIA PROGRAMADA: Se presentó una "Petición de designación de un(a) tutor(a)" jurada y este tribunal ha fijado una audiencia para determinar los méritos de la petición de la siguiente manera)

DATE AND TIME:_____
(FECHA Y HORA)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 13, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

LOCATION:_____
(UBICACIÓN)
JUDICIAL OFFICER:_____
(OFICIAL JUDICIAL)

2. (ATTORNEY APPOINTMENT: An attorney is appointed to represent the person by appearing at the hearing. Counsel shall adhere to the Court's Guidelines for Appointed Counsel)
(DESIGNACIÓN DE ABOGADO: Se designó un abogado para que compareciendo en la audiencia represente a la persona. El abogado debe adherirse a la Guía del tribunal para abogados designados)

Name*/(Nombre):*_____
Address*/(Dirección):*_____
Telephone*/(Teléfono):*_____

3. PHYSICIAN APPOINTMENT AND REPORT: The physician who shall examine the proposed ward and prepare a written report about the condition of the person about whom the Petition was filed is:
(DESIGNACIÓN DE MÉDICO E INFORME: El médico que examinará a la persona protegida propuesta y preparará un informe escrito de la condición de la persona para quien fue presentada la petición es)

Name*/(Nombre):*_____
Address*/(Dirección):*_____
Telephone*/(Teléfono):*_____

4. COURT INVESTIGATOR: An investigator from the court shall visit the proposed ward and submit a written report to the Clerk of the Court, Probate Registrar at least ten business days before the hearing date and shall give a copy of the report to the Petitioner or his or her attorney and to the attorney for the proposed ward.
(INVESTIGADOR JUDICIAL: Un investigador del tribunal visitará al pupilo propuesto y someterá un informe escrito al secretario del tribunal, Registrador de testamentario, al menos diez días hábiles antes de la fecha de la audiencia y entregará una copia del mismo al peticionante o a su abogado y también al abogado del pupilo propuesto.)

5. OTHER ORDERS TO PETITIONER*/(OTRAS ÓRDENES PARA EL PETICIONANTE):*

A. COURT PAPERS FOR THE APPOINTED LAWYER: Petitioner must within 24 HOURS from the date of this Order mail or deliver to the attorney for the incapacitated person named in paragraph 2 copies of the Petition for Permanent Appointment and all related court paperwork, any physicians' reports in his or her possession, and any Orders of the court.
(DOCUMENTOS JUDICIALES PARA EL ABOGADO DESIGNADO: El peticionante debe enviar por correo o entregar personalmente al abogado de la persona discapacitada nombrada en el Párrafo 2, dentro de las 24 HORAS de la fecha de esta orden, copias de la petición de designación permanente y todo documento judicial relacionado, cualquier informe de médico que tenga en su poder y cualquiera otra Órden del tribunal.)

B. PHYSICIAN REPORT: Petitioner must, NO LATER THAN 10 BUSINESS DAYS BEFORE THE HEARING file the original of the physician's report with the Clerk of the Court, Probate Registrar, AND mail or hand-deliver a copy of the report to the attorney named in paragraph 2 AND to the offices of the judicial officer named in Paragraph 1, AND to the Court Investigator, 125 West Washington, Phoenix, Arizona 85003.

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 13, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

(INFORME DEL MÉDICO: El peticionante debe registrar, A MÁS TARDAR 10 DÍAS HÁBILES ANTES DE LA AUDIENCIA, el original del informe del médico con el Secretario del tribunal, Registrador de testamentario, Y enviar por correo o personalmente una copia del informe al abogado nombrado en el Párrafo 2 Y a las oficinas del oficial judicial nombrado en el Párrafo 1 Y al investigador judicial, 125 West Washington, Phoenix, Arizona 85003.)

DONE IN OPEN COURT: _____
(REALIZADO EN AUDIENCIA PÚBLICA)

_____
JUDGE/COMMISSIONER
(JUEZ O COMISIONADO)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 13, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.

GUIDELINES FOR PHYSICIAN REPORT

(GUÍA PARA EL INFORME DEL MÉDICO)

INSTRUCTIONS TO PETITIONER: Fill in the information below and give this document to the court-appointed physician immediately after the ORDER APPOINTING PHYSICIAN is signed. Be sure a written report from the physician is given to everyone listed in the ORDER APPOINTING A PHYSICIAN no later than 10 days before the scheduled hearing.
(INSTRUCCIONES PARA EL PETICIONANTE: Llene la información que aparece abajo y entregue este documento al médico nombrado por el tribunal inmediatamente después de que la ORDEN DE DESIGNACIÓN DE MÉDICO haya sido firmada. Cerciórese de que el informe escrito del médico haya sido proporcionado a cada una de las personas mencionadas en la ORDEN DE DESIGNACIÓN DE MÉDICO a más tardar 10 días antes de la audiencia fijada.)

COURT CASE NUMBER: PB_____
(NÚMERO DE CASO JUDICIAL)
NAME OF PHYSICIAN/*(NOMBRE DEL MÉDICO)*:_____
NAME OF PATIENT/*(NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE)*_____
This is the person whom the Petitioner says needs a guardian and/or a conservator
(Ésta es la persona quien según el peticionante necesita un(a) tutor(a) o un(a) curador(a))
NAME OF PETITIONER/*(NOMBRE DEL PETICIONANTE)*:_____
PETITIONER'S TELEPHONE NUMBER:_____
(NÚMERO DE TELÉFONO DEL PETICIONANTE):
DATE AND TIME OF COURT HEARING/*(FECHA Y HORA DE LA AUDIENCIA JUDICIAL)*:_____

INSTRUCTIONS TO PHYSICIAN: A court case has been filed that asks the court to appoint a guardian and/or conservator for the person named above. Before the court grants such a petition, the court must decide if mental, physical, or other cause exists which necessitates a guardianship or conservatorship. Therefore, the court needs to know what you, as the physician for the person, think about the person's health, whether the person needs inpatient mental health treatment, and whether the person's driving privileges should be suspended. The court's goal is to do all that is possible to help the person about whom this case is pending to live as fully as his or her mental or physical impairments allow.

The court realizes that your time is valuable, and has developed the following questions to make it easier for you to prepare your report. If you want to use some other format to submit your report, please feel free to do that too, so long as you provide the same type of information the court needs.

If the Petitioner is seeking the authority to consent to inpatient mental health treatment, this report must be signed by a licensed psychiatrist or psychologist.

After you complete the report, give the original report to the Petitioner and he or she will see to it that necessary copies are properly distributed. Please do not file your report with the Clerk of the Court. PLEASE DATE AND SIGN YOUR REPORT. THANK YOU FOR YOUR TIME AND ASSISTANCE.

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 11, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

(INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO: Se ha presentado un caso judicial en el que se solicita al tribunal se nombre tutor(a) o curador(a) para la persona cuyo nombre aparece arriba. Antes de que el tribunal acceda a esa petición, debe decidirse si existen causas mentales, físicas u otras que hagan necesaria una tutoría o una curaduría. Por consiguiente, el tribunal necesita conocer lo que usted, en su calidad de médico para la persona, considera de la salud de la misma, si necesita tratamiento de salud mental en calidad de paciente interno(a) y si su derecho a conducir debe ser suspendido. El objetivo del tribunal es hacer todo lo posible por ayudar a la persona de quien este caso está pendiente para que goce de condiciones de vida tan plenas como sus impedimentos mentales o físicos lo permitan.

El tribunal reconoce que su tiempo es valioso por lo que ha elaborado las siguientes preguntas para que le sea más fácil preparar su informe. Si desea utilizar otro formato para entregar su informe, también puede hacerlo, mientras proporcione el mismo tipo de información que el tribunal necesita.

Si el peticionante está buscando adquirir autoridad para consentir tratamiento de salud mental como paciente interno(a), este informe debe estar firmado por un psiquiatra o un psicólogo autorizado.

Una vez completado el informe, entregue el original al peticionante y él o ella se encargará de que las copias necesarias sean adecuadamente distribuidas. No entregue su informe al Secretario del tribunal. RECUERDE FECHAR Y FIRMAR SU INFORME. GRACIAS POR SU TIEMPO Y AYUDA.)

QUESTIONS FOR PHYSICIAN TO ANSWER:

(PREGUNTAS PARA QUE RESPONDA EL MÉDICO)

1. **What is the date you last saw your patient?**_____
   (¿Cuándo fue la última vet en que atendió a su paciente?)

2. **How long have you been his or her physician?**_____
   (¿Hace Cuánto tiempo que ha sido su médico?)

3. **Why were you asked to do this evaluation?**
   (¿Por qué se le pidió que hiciera esta evaluación?)
   - ☐ **You have been the person's physician for many years**
     (Usted ha sido el médico de esta persona por muchos años)
   - ☐ **You were asked to do so by the family***/(La familia le solicitó que lo hiciera)*
   - ☐ **An attorney selected you***/(Un abogado lo seleccionó)*
   - ☐ **Your office is close to the person's residence**
     (Su clínica se encuentra cerca de la residencia de la persona)
   - ☐ **You are the doctor for the person's nursing home**
     (Usted es el médico del hogar para ancianos en donde se encuentra la persona)
   - ☐ **Other (please explain)**/ *(Otra razón - explique)*

4. **What is your area of specialty?** _____
   (¿Cuál es el área de su especialidad?)
   Are you Board Certified in this area? ☐ **Yes** ☐ **No**
   (¿Está usted registrado en el Colegio de médicos en esta área? Sí ☒ No ☒)
   In any other area?_____
   (¿En cualquiera otra área?)

5. **Does the person appear to be having difficulty in any of the following areas?**
   (¿Parece la persona estar teniendo dificultades en alguna de las áreas siguientes?)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 11, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

☐ **Mental disorder**/*(Desorden mental)*
☐ **Physical illness**/*(Enfermedad física)*
☐ **Chronic intoxication or drug use**/*(Alcoholismo o consumo de drogas crónico)*
☐ **Cognitive abilities**/*(Habilidades cognoscitivas)*
☐ **Anything else**/*(Cualquier otra cosa)*

6. **If the person is having difficulty, please specify the nature of the illness, disorder, etc. (include the person's diagnosis)**
*(Si la persona está teniendo dificultades, especifique la naturaleza de la enfermedad, desorden, etc.e incluya el diagnóstico de la persona)*_____

7. **Has the person been treated or hospitalized before for this difficulty?** ☐ **Yes** ☐**No**
If yes, when and where?
*(¿La persona i tratada u hospitalizada antes por estas dificultades? Sí ☒ No ☒ Si indicó "sí" ¿cuándo y dónde?)*_____

8. **Has the person been able to do the following things? If the person is able, please check each applicable box.**
(¿Ha estado la persona en capacidad de hacer las siguientes actividades? Si es capaz, marque cada casilla que sea aplicable.)
☐ **To pay his or her bills**/*(Pagar sus cuentas)*
☐ **To obtain food**/*(Obtener alimentos)*
☐ **To provide adequate housing**/(*Proveerse un alojamiento adecuado)*
☐ **To perform daily self-help skills**/*(Tener destreza para realizar tareas diarias por sí misma)*
☐ **To live alone**/*(Vivir sola)*
☐ **To take medication appropriately**/*(Tomar medicamentos correctamente)*
☐ **To drive a motor vehicle**/*(Conducir vehículo)*
☐ **To make appropriate judgments that will protect him or her personally, physically, or financially**
(Hacer juicios adecuados para su protección personal, física o financiera)

If you believe the person is still able to drive a motor vehicle, but is in need of the assistance of a guardian, please explain why the person should be allowed to keep driving:
(Si usted considera que la persona todavía es capaz de conducir vehículo pero necesita un(a) tutor(a), explique por qué debe permitírsele continuar conduciendo)

9. **If the person is currently on medication, please list them**.
(Si la persona está actualmente bajo tratamiento con medicamentos, enumérelos.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 11, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

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

11. **Do you believe that the medication is affecting the person's ability to ambulate?** ☐ **Yes** ☐ **No**
(¿Considera que los medicamentos están afectando la habilidad de la persona para moverse? Sí ☒ No ☒)

12. **Do you believe that a "medication holiday," if possible, would help you better evaluate this person?** ☐ **Yes** ☐ **No**
(¿Considera que un "descanso de medicamentos", si éste fuera posible, lo ayudaría a evaluar de una mejor manera a esta persona? Sí ☒ 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?**
(¿Considera que cualquier cambio en el tipo o cantidad de fármacos que la persona está recibiendo afectaría de una manera notoria sus habilidades mentales o físicas?)

14. **Do you believe that any further medical evaluation or treatment would benefit the person?**
☐ **Yes** ☐ **No** **If so, please give your recommendation:**
(¿Considera que cualquier evaluación médica o tratamiento ulterior beneficiaría a la persona? Sí ☒ No ☒ Si es así, indique su recomendación)

15. **Do you think the person would benefit from other types of therapy such as counseling? Describe.** *(¿Considera que la persona podría beneficiarse con otros tipos de terapia, tal como orientación psicológica? Describa.)*

16. **Where do you think the person should live today?***/(¿En dónde considera que la persona debería vivir hoy?)*
☐ **At home with a companion***/(En su hogar acompañada de alguna persona)*
☐ **At home with a nurse***/(En su hogar con una enfermera)*
☐ **In a group home***/(En un hogar colectivo)*
☐ **In a boarding home***/(En una pensión)*
☐ **In a supervisory care facility***/(En una institución de cuidados supervisados)*
☐ **In a nursing home***/(En un hogar de ancianos)*
☐ **In a hospital***/(En un hospital)*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 11, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

☐ **In a level one behavioral health facility for inpatient mental health treatment. Explain**.
(En una entidad nivel uno de salud de la conducta para tratamiento de salud mental como paciente interno(a). Explique.)

_____

_____

☐ **Other -- please explain/***(Otro. Explique)*_____

_____

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

18. **Do you believe there is any reason for the court to review this matter again within 6 months to a year?** ☐ **Yes** ☐ **No**
(¿Considera que haya alguna razón para que el Tribunal revise este caso dentro de 6 meses a un año? Sí ☒ No ☒)

19. **Please make any additional comments or suggestions you think would be helpful to the court in making this decision.**
(Escriba cualquier comentario adicional o sugerencia que considere podría ser de ayuda al tribunal para decidir.)

_____

_____

_____

Mental Health Treatment Issues **(This section must be completed if the petitioner is requesting authority to consent to inpatient mental health treatment.)**

(Asuntos relacionados con tratamientos de salud mental (Esta sección debe ser completada si el/la peticionante está solicitando autoridad para consentir tratamiento de salud mental como paciente interno(a))

1. **Is it the opinion of the undersigned that the patient is incapacitated as a result of a mental disorder?** ☐ **Yes** ☐ **No**
(¿En opinión del infrascrito el/la paciente está discapacitado(a) como resultado de un desorden mental? Sí ☒ No ☒)

2. **What is the mental disorder?/***(¿Cuál es el desorden mental?)*_____

_____

_____

3. **Is it the opinion of the undersigned that the patient is currently in need of inpatient mental health care and treatment?** ☐ **Yes** ☐ **No (For the purpose of this question, the term "currently" means, based upon the medical professional's experience and training, and to a degree of medical probability, that the patient does now or will within a reasonably imminent and immediate time require inpatient mental health treatment.)**
(¿En opinión del infrascrito el/la paciente está actualmente en necesidad de cuidados y tratamiento de salud mental como paciente interno(a)? Sí ☒ No ☒ (En el contexto de esta pregunta, el término "actualmente" significa, con base en la experiencia y la capacitación de la profesión médica y dentro

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 11, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

de cierto grado de probabilidad médica, que el/la paciente necesita ahora o necesitará dentro de un tiempo razonablemente inminente e inmediato tratamiento de salud mental como paciente interno(a).)

4. **In the event that the answer to #3 is "Yes", please explain the need for, and the anticipated onset and duration of the inpatient treatment:**
(En el caso de que la respuesta a la pregunta #3 sea "sí", explique la necesidad del tratamiento y una estimación de la fecha de inicio y la duración del tratamiento como paciente interno(a).)

_____
_____
_____

5. **What kind of treatment is the patient currently receiving for this disorder?**
(¿Qué clase de tratamiento está recibiendo el/la paciente actualmente por este desorden?)

_____
_____
_____

6. **Give a comprehensive assessment of any functional impairments of the patient.**
(Proporcione una evaluación comprensible de cualquier deterioro funcional del/de la 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 cuánto afecta este deterioro la habilidad del/la paciente de recibir o evaluar información necesaria para tomar o comunicar decisiones personales y financieras?)

_____
_____
_____

8. **What task of daily living is the patient capable of performing without direction or with minimal direction?**
(¿Qué tarea de la vida diaria es capaz el/la paciente 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 sería el programa de rehabilitación o de cuidados más apropiado para el/la paciente?)

_____
_____
_____

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

_____
_____
_____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 11, 2002
ALL RIGHTS RESERVED

11. **Is there any reason why this patient should not personally appear in court?** ☐ **Yes** ☐ **No**
If "yes", please explain:
(¿Existe alguna razón por la cual este(a) paciente no debería comparecer personalmente ante el Tribunal? Sí ☒ No ☒ - Si la respuesta es "sí", explique)

_____
_____
_____

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

_____
_____
_____

DATE REPORT PREPARED:_____ **SIGNATURE OF PHYSICIAN:**_____
(FECHA DE PREPARACIÓN DEL INFORME) *(FIRMA DEL MÉDICO)*

PRINTED NAME OF PHYSICIAN:_____
(NOMBRE DEL MÉDICO)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
June 11, 2002
ALL RIGHTS RESERVED