**Solicitud de internamiento involuntario**

(Escriba en letra molde si es posible)

**Nombre del solicitante:**

*(El solicitante es la persona que pide que el demandado sea internado)*

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Correo electrónico:**

**Relación con el demandado:**

*(El demandado es la persona que el solicitante quiere que sea sometida a un internamiento involuntario por consumo de sustancias)*

**Nombre del demandado que debe ser internado:**

**Fecha de nacimiento:**

**Dirección** (escriba “sin hogar” si no se conoce el lugar de residencia):

**Condado de residencia:**

**Ubicación actual del demandado** (podría ser la instalación de manejo de la abstinencia/hospital en el que se encuentra actualmente):

**Estatus del seguro y compañía de seguros:**

**Situación laboral:**

**Si trabaja, ¿a dónde?:**

**Monto de los ingresos:**

**Fuente de ingresos:**

**Sustancias que consume el demandado:**

**Sección uno: Información sobre el internamiento de emergencia**

1. **¿Cómo llegó la persona a un internamiento de emergencia debido al consumo de sustancias?** Describa los **hechos** y las fechas aproximadas. Explique cómo tiene conocimiento de los hechos descritos. (Por ejemplo, “Yo lo vi”, “El médico me lo dijo”, “el demandado me lo dijo”)

**Sección dos: Peligro para sí mismo/los demás O incapacitado**

1. ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad el demandado bebe alcohol o consume otras sustancias?
2. ¿Cómo cambia el comportamiento del demandado cuando bebe alcohol o consume otras sustancias? Descríbalo.
3. Describa las hospitalizaciones o ingresos recientes para el tratamiento de la abstinencia de los últimos seis meses. ¿Qué sucedió antes, durante y después?
4. ¿De qué manera el demandado ha sido víctima o se han aprovechado del demandado como consecuencia del consumo de alcohol u otras sustancias?
5. ¿Cómo el consumo de alcohol u otras sustancias ha afectado la capacidad del demandado para atender sus necesidades personales o básicas?
6. ¿El demandado ha sufrido lesiones o accidentes mientras bebía alcohol o consumía otras sustancias? Si la respuesta es “sí”, descríbalos.
7. ¿El demandado ha amenazado o intentado suicidarse mientras bebía alcohol o consumía otras sustancias? Descríbalo.
8. ¿El demandado le ha causado daños físicos o puesto en peligro a otras personas mientras bebía alcohol o consumía otras sustancias? Descríbalo.
9. ¿El demandado tiene algún problema o afección médica que haya sido provocada o empeorada por su consumo de alcohol u otras sustancias? Descríbalo.
10. ¿Hay cargos penales pendientes contra el demandado? Descríbalo.

**Sección tres: Rechazo del tratamiento voluntario**

1. ¿El demandado ha recibido tratamiento por consumo de sustancias en los últimos seis meses? ¿Cuándo y dónde?
2. ¿Con qué frecuencia usted u otras personas le preguntan al demandado si está dispuesto a someterse voluntariamente a tratamiento? Descríbalo.
3. ¿El demandado ha aceptado someterse a tratamiento y luego no lo hace?
Descríbalo.
4. ¿El demandado ha acudido a tratamiento y lo abandona antes de completarlo?
Descríbalo.
5. ¿El demandado ha completado un tratamiento con éxito, pero poco después vuelve a consumir (tiene una recaída)? Descríbalo.

**Sección cuatro: Información histórica relevante para la solicitud**

1. Describa cualquier otra información histórica relevante (de más de seis meses de antigüedad) que considere que podría ayudar a respaldar el caso.

**Escriba sus iniciales si usted, el solicitante, está de acuerdo con lo siguiente:**

 El solicitante es mayor de 18 años.

 El solicitante entiende que es posible que tenga que asistir a una audiencia judicial para testificar sobre los hechos de la solicitud.

 El solicitante entiende que aunque el demandado sea internado aún retiene el derecho a la privacidad de su tratamiento según lo definido bajo la Ley HIPAA y el título 42 del Código de Regulaciones Federales (C. F. R.)

 El solicitante entiende que si hace la solicitud y la Administración de Salud Conductual (BHA) la apoya, un médico con licencia revisará el caso, y que el médico también debe apoyar la solicitud para que se pueda enviar ante el tribunal.

***Afirmo que la información anterior en esta solicitud es exacta y entiendo que si esto se presenta ante los tribunales, se esperará que declare bajo juramento***

***la veracidad de dicha información.***

**Firma del solicitante Fecha**

**Nombre del solicitante:**

\*\*No se aceptarán solicitudes incompletas\*\*

**Envíe la solicitud con todas las repuestas por correo electrónico a la BHA:** **cdhs\_bha\_ic@state.co.us**