

# GUARDIANSHIP (*TUTELA*)

# 1

## Annual Report of Guardian (*Informe anual del tutor*)

**(Forms and Instructions)**  
(*Formularios e Instrucciones*)

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

**INFORME ANUAL DEL TUTOR**

**LISTA DE CONTROL**

*Usted puede utilizar los formularios y instrucciones si . . .*

- ✓ *Ha sido designado como el tutor para un adulto o un menor, Y*
- ✓ *Quiere presentar el documento judicial llamado el “Informe anual del tutor” como exige la ley de Arizona ARS § 14-5315 a rendir al tribunal con la información requerida acerca del estado actual de la persona protegida*

*LÉASE: Se recomienda que consulte con un abogado antes de presentar sus documentos ante el Tribunal para evitar resultados inesperados. En el sitio web del Centro de Recursos de la Biblioteca de Derecho se ofrece una lista de abogados que pueden aconsejarle sobre el manejo del caso o para desempeñar determinadas funciones, además de una lista de mediadores aprobados por el tribunal.*

## Informe Anual del Tutor

Esta serie de documentos (paquete) contiene formularios judiciales e instrucciones para la presentación informe anual del tutor. Los artículos indicados en NEGRILLA son formularios que deberá presentar ante el Tribunal. Los artículos que no están en negrilla son instrucciones o procedimientos. ¡No copie ni presente esas páginas!

Orden	Título	Núm. de páginas
1	<i>Lista de control para el informe anual del tutor</i>	1
2	<i>Tabla de materias (esta página)</i>	1
3	<i>Información útil: Manejo especial para los documentos confidenciales</i>	1
4	<i>Procedimientos: Cómo presentar el Informe anual del tutor</i>	2
5	<b>Informe anual del tutor</b>	6

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 abogacía. 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.

## Manejo Especial Para

### Documentos Confidenciales\*

Cada "documento confidencial" se presentará a la Secretaría del Tribunal Superior en su propio sobre (9" x 12") sin sellar. \* Los documentos que se indican a continuación se definen como "confidenciales:"

- Formularios de información testamentaria
- Reportes, registros y expedientes médicos
- Presupuestos
- Inventarios y avalúos
- Contabilidades
- Informes crediticios
- Cualquier otro documento que el tribunal ordene como "Confidencial"

\*Se requiere un sobre separado para cada documento confidencial, así como para cada copia del documento confidencial. La siguiente información deberá aparecer en la parte exterior de cada sobre:

1. Nombre y número de caso ("En lo referente a "xxxxx" y "PB 2020-xxxxx"),
2. Nombre del documento ("Contabilidad anual," "Reporte anual," "Registros y expedientes médicos," etc.)
3. Nombre de la parte que está presentando el documento, y
4. Las palabras "Documento confidencial"

### "Información Confidencial" en Documentos No Confidenciales\*

Los documentos que no estén rotulados y presentados como "Confidenciales" no deberán contener información confidencial,\* como:

- El Número de Seguro Social de una persona con vida y/o
- Ni tampoco los números de cuentas financieras, los que incluye los números de tarjetas de crédito, cuentas bancarias y de corretaje, pólizas de seguro y contratos de rentas vitalicias; y cuentas de pensiones, repartición de utilidades, o de jubilación, a menos que se muestren solamente los últimos 4 dígitos
- Cualquier otra información que el tribunal ordene como "Confidencial"

El tribunal podrá ordenar por cuenta propia, o a solicitud de cualquier parte, que:

1. Un documento que contenga información confidencial se presente como "un documento confidencial" o
2. Que la información confidencial contenida en un documento no confidencial se edite (se cubra o esconda).

Está prohibido presentar información confidencial en un documento no confidencial. El tribunal podrá imponer las sanciones del caso a una persona que contravenga las reglas de confidencialidad.

\*Regla 8, Reglamento Estatal de Procedimientos Testamentarios del Estado de Arizona

## Procedimientos: Cómo Presentar el Reporte Anual del Tutor

*El tutor del Pupilo, de la persona protegida o de la persona incapacitada debe presentar un reporte anual cada año, en el aniversario de la fecha de emisión de las Cartas de nombramiento o antes.*

- *El primer reporte deberá cubrir el período de tiempo de la fecha de emisión de las Cartas de nombramiento hasta el último día del noveno (9no) mes después de esa fecha.*
- *El reporte para cada año después del primero deberá cubrir los siguientes 12 meses y deberá presentarse en el aniversario de la fecha de las Cartas de nombramiento o antes.*

*Paso 1 Llene el reporte anual, formulario PBGUG92f, con tinta negra. Léalo detenidamente. Suministre toda la información solicitada. Anote "n/a" si no es aplicable. Una vez que haya completado el reporte, podrá enviarlo por correo o entregarlo personalmente al tribunal.*

*Paso 2 Envíe una copia del reporte anual a las personas mencionadas en la declaración de envío por correo (al final del formulario de reporte), las que deberán incluir:*

- *El pupilo*
- *El curador del pupilo (de ser aplicable)*
- *El cónyuge del pupilo o los padres del pupilo si el pupilo no está casado y tiene por lo menos uno de sus padres con vida.*
- *El abogado nombrado para el pupilo por el tribunal (de ser aplicable)*
- *Toda otra persona interesada que haya presentado una demanda de notificación ante el tribunal.*

*Quédese con una copia del reporte anual para usted, con una lista de las personas a las que envió una copia por correo.*

*Paso 3 Presente el reporte anual original ante el tribunal:*

- *En persona: Presente el reporte anual original ante la secretaría del tribunal en cualquiera de los siguientes sitios del tribunal:*

*Yuma County Justice Center  
Clerk of Superior Court  
250 West Second Street  
Yuma, AZ 85364*

*¡Traiga una copia para que el secretario la selle y quédese con ella para sus archivos!*

O

- *Por correo: envíe por correo el original y una copia del reporte anual llenado y firmado junto con un sobre con su nombre, domicilio y sellos postales a:*

*Clerk of Superior Court  
250 West Second Street  
Yuma, Arizona 85364*

- *Solicite que el secretario selle una copia del reporte anual y se la envíe a usted de regreso de manera que su copia indique la fecha en que se presentó ante el tribunal.*

*Aviso: si el tutor no puede presentar un reporte anual del tutor en el aniversario de la fecha de las cartas de nombramiento o antes, será necesario que el tutor presente un pedimento para solicitar tiempo adicional para presentar el reporte. El pedimento debe indicar por qué razón se necesita el tiempo adicional y cuánto tiempo adicional se necesita para presentar el reporte.*

*Recordatorio: reporte los cambios al tribunal*

*Cambio de domicilio (o nombre) del fiduciario/tutor: si el domicilio postal o nombre legal del tutor o del fiduciario cambia en cualquier momento durante el período del nombramiento, será necesario que notifique a la administración del tribunal testamentario por escrito antes de transcurridos 10 días del cambio. La notificación deberá contener los números de caso de todos los casos en los que se le ha nombrado a usted.*

*Cambio de domicilio del pupilo: si el domicilio del pupilo o de la persona protegida cambia, usted, en su calidad de tutor o fiduciario, debe notificar a la administración del tribunal testamentario por escrito acerca del cambio dentro de los siguientes 3 días. La notificación debe contener el número de caso y el nuevo domicilio del pupilo.*

*Muerte del pupilo: si el pupilo muere, usted, en su calidad de tutor u otro fiduciario tiene que notificar a la administración del tribunal testamentario por escrito antes de transcurridos 10 días de enterarse de la muerte de la persona protegida (tome nota de que usted también tiene petitionar al tribunal que dé por terminado el caso y lo exonere de sus deberes y obligaciones).*

*La notificación debe entregarse personalmente al tribunal o enviarse por correo postal al domicilio de la secretaría del tribunal testamentario indicado en la página anterior.*

*Un fiduciario o tutor que no notifique al tribunal podría tener que pagar por los costos que resulten del no haber notificado al tribunal acerca del cambio.*

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

Person Filing: \_\_\_\_\_

(Nombre de persona)

Address (if not protected): \_\_\_\_\_

(Mi domicilio) (si no protegida)

City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_

(ciudad, estado, código postal)

Telephone: / (Número de Tel.) \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

(Dirección de correo electrónico)

Lawyer's Bar Number: / (Número de colegio abogado) \_\_\_\_\_

Licensed Fiduciary Number: / (Licencia número Fiduciario:) \_\_\_\_\_

Representing  Self, without a Lawyer or  Attorney for  Petitioner OR  Respondent

(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)

**SUPERIOR COURT OF ARIZONA  
IN YUMA COUNTY**  
(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA  
DEL CONDADO DE YUMA)

In the Matter of:

(En el asunto de:)

Case Number \_\_\_\_\_

(Número de caso)

\_\_\_\_\_  
Name of Ward

(Nombre del pupilo)

**ANNUAL REPORT OF GUARDIAN**

DUE \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

MO DAY YR

(INFORME ANUAL DEL TUTOR)

(DEBE ENTREGARSE XX-XX-XXXX)

MES DÍA AÑO

PERIOD FROM \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TO \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

MO DAY YR MO DAY YR

(PERÍODO DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ )

(MES DÍA AÑO MES DÍA AÑO)

**Instructions to Guardian:** Arizona law (A.R.S. §14-5209(B)(5) and §14-5315), and Arizona Rules of Probate Court Procedure Rule 30(c) requires every guardian of a protected or incapacitated adult or minor to advise the court each year regarding their Ward. Complete this report each year and file it on or before the date listed in the Order or if no date is specified, on or before the anniversary date of the "Letters of Appointment". When complete, mail to:

Clerk of Superior Court  
250 W. Second Street  
Yuma, Arizona 85364

*(Instrucciones al Tutor: La ley de Arizona (A.R.S. 14-5209(4) y 14-5315), y las Reglas del procedimiento del tribunal del testamentario de Arizona Regla 30(c) dispone que cada tutor de un adulto o un menor protegido o incapacitado dé aviso al tribunal cada año con respecto a su pupilo. Por favor llene este informe cada año y preséntelo en o antes de la fecha indicada en la Orden o si no se especifique una fecha, en o antes de la fecha en que se celebra el aniversario de la emisión de la “Carta de asignación.” Cuando esté completo, envíelo a:)*

**Clerk of Superior Court:  
250 West Second Street  
Yuma, Arizona 85364**

**You must also mail a copy of the report to anyone else who has “appeared” in the case and fill out the Declaration of Mailing at the end of the report to show the names and addresses of all the people to whom you mailed the report and the date of mailing. Refer to the document “Instructions: How to Fill out the Probate Court Annual Report of Guardian” to make sure you have completed this report correctly and completely and that you have provided copies to all persons required by law.**

*(También debe enviar una copia del informe a todos los que hayan comparecido en el caso y llenar la Declaración de envío al final del informe para mostrar los nombres y las direcciones de todas las personas a quienes envía el informe y la fecha en la que las envió. Consulte el documento, “Instrucciones: Cómo completar el informe anual de tutor del tribunal testamentario” para asegurarse de que haya completado este informe correctamente y completamente y que usted haya proporcionado copias a todas las personas requeridas por ley.)*

**I am the Guardian and make these statements:**

*(Soy el tutor y hago estas declaraciones:)*

**1. This annual report covers the period from** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_  
Month-date-year Month-date-year

**and is due on** \_\_\_\_\_

*(Este informe anual cubre el periodo de \_\_\_a \_\_\_y se debe entregar el\_\_ (Escriba en formato mes-día-año, ejemplo, 01-01-2001):)*

**2. Information about the Ward. *I(Información acerca del pupilo.)***

**Ward’s Name:** \_\_\_\_\_

*(Nombre del pupilo :)*

**Ward’s Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Telephone:** \_\_\_\_\_

*(Fecha de nacimiento del pupilo:)*

*(Teléfono:)*

**Ward’s Address:** \_\_\_\_\_

*(Dirección del pupilo:)*

**3. Living Situation. / *(Situación residencial.)***

**A. Describe the residential situation where the Ward lives (private home, boarding home, nursing home, etc.)**

*(Describa la situación residencial en donde vive el pupilo (casa particular, pensión, asilo, etc.)*

---

---

---

3. B. Give the name of the facility, address, name and telephone number of the person in charge of the home or facility.

*(Dé el nombre de la instalación, dirección, nombre y número de teléfono de la persona a cargo del hogar o de la instalación. Nombre de la persona a cargo del hogar o de la institución.)*

**Name of Facility:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre de la instalación:)* \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_  
*(Dirección:)* \_\_\_\_\_

**Telephone Number:** *(Número de teléfono:)* \_\_\_\_\_

C. Primary Weekday Location / *(Sitio Principal Durante la semana)*

**Monday-Friday, 8:00 A.M. TO 5:00 P.M., the Ward can usually be found at: (List full address below) / *(De lunes a viernes, de las 8:00 a.m. a las 5 p.m., por lo general se puede encontrar al pupilo en :)***

\_\_\_\_\_

4. **Physicians/ *(Doctores)*. Please list the name of the ward's primary physician, and any other medical specialists the ward has seen during the past year. / *(Favor de anotar el nombre del médico principal del pupilo, y cualquier otro especialista medica que haya visto al pupilo durante el último año.)***

**Doctor's Name**  
*(Nombre del Doctor:)* \_\_\_\_\_

**Doctor's Address:**  
*(Dirección del doctor:)* \_\_\_\_\_

**Doctor's Telephone Number:** \_\_\_\_\_  
*(Número de teléfono del Doctor:)*

**Doctor's Email Address:** \_\_\_\_\_  
*(Correo electrónico del Doctor:)*

**Doctor's Name**  
*(Nombre del Doctor:)* \_\_\_\_\_

**Doctor's Address:**  
*(Dirección del doctor:)* \_\_\_\_\_

**Doctor's Telephone Number:** \_\_\_\_\_  
*(Número de teléfono del Doctor:)*

**Doctor's Email Address:** \_\_\_\_\_  
*(Correo electrónico del Doctor:)*

**Specialist's Name**  
(Nombre del Especialista: \_\_\_\_\_)

**Specialist's Address:** \_\_\_\_\_  
(Dirección del Especialista:)

**Specialist's Telephone Number:** \_\_\_\_\_  
(Número de teléfono del Especialista:)

**Specialist's Email Address:** \_\_\_\_\_  
(Correo electrónico del Especialista:)

**5. Ward's physical and mental health.**  
(La salud física y mental del pupilo)

**A. Date the Ward was last seen by a doctor:** \_\_\_\_\_  
(Fecha de la última vez que el doctor vio al pupilo:)

**B. Changes in Ward's health. Have there been any major changes in the Ward's physical and/or mental condition in the last year? If so, please describe the change.**  
(Cambios en la salud del pupilo. ¿Ha habido algún cambio importante en la condición física o mental del pupilo en el último año? De ser así, por favor describa el cambio.)

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

**C. Attach a copy of the doctor's report about the Ward's current physical and mental condition.**  
(Anexe una copia del informe del doctor acerca de la condición física y mental del pupilo.)

**6. About the Ward's Guardian. / (Sobre el tutor del pupilo.)**

**Guardian's Name:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del tutor:)

**Guardian's Address:** \_\_\_\_\_  
(Dirección del tutor:)

**Telephone Number:** \_\_\_\_\_  
(Número de teléfono:)

**Email Address:** \_\_\_\_\_  
(Correo electrónico)

**7. Guardianship Status. / (Estatus de la tutela.)**

**Number of times the Guardian has seen the Ward in the last 12 months:** \_\_\_\_\_  
(Número de veces que el tutor ha visto al pupilo en los últimos 12 meses:)

**Date of the last visit:** / (Fecha de la última visita:) \_\_\_\_\_

**The Guardian's opinion about whether the guardianship should continue: (Explain.)**

*(La opinión del tutor acerca de si la tutela debe continuar: (Explique.))*

---



---



---

**8. Asset Management: Who is the person responsible for managing the Ward's assets?**  
*(Administración de los bienes:) (Quién es responsable para administrar los bienes del pupilo?)*

**Name :** \_\_\_\_\_  
*(Nombre:)*

**Address:** \_\_\_\_\_  
*(Dirección:)*

**Telephone Number:** \_\_\_\_\_  
*(Número de teléfono:)*

**Email Address:** \_\_\_\_\_  
*(Correo electrónico)*

**9. Benefits received:** Does the ward receive any local, county, state, or federal agency benefits? (SSI, AHCCCS, Medicaid, Food stamps) Please describe below:

<b>Agency/ (Agencia)</b>	<b>Caseworker/Contact (Asistente Social/Contacto)</b>	<b>Type of Benefit (Tipo de Beneficio)</b>

**10. Services Received:** Does the Ward receive any state, county or federal agency services? If so, write in the name of the agency contact and describe the services received by the Ward.

*(¿El pupilo recibe cualquier servicio de agencias estatales, del condado o federales? De ser así, escriba el nombre del contacto en la agencia y describa los servicios recibidos por el pupilo.)*

<b>Agency/ (Agencia)</b>	<b>Caseworker/Contact (Asistente Social/Contacto)</b>	<b>Type of Benefit (Tipo de Beneficio)</b>

**11. Declaration of Mailing: I state to the Court under penalty of perjury that I mailed this Annual Report of Guardian to the following people at the following addresses on this:**

*(Declaración de Envío: Declaro al Tribunal bajo pena de perjurio que envié por correo este informe anual de tutor a las siguientes personas en las siguientes direcciones este:*

**Month/Day/Year/(Mes/Día/Año). : \_\_\_\_\_**







**Under Penalty of Perjury:**  
*(Bajo Pena de Perjurio):*

**By signing below, I state to the Court that the contents of this Annual Report of Guardian are true and correct to the best of my knowledge and belief.**

*(Con mi firma a continuación, declaro al Tribunal que el contenido de este Informe anual del tutor es verdadero y correcto a según mi leal saber y entender.)*

**Date: /***(Fecha)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature I***(Firma)*

\_\_\_\_\_  
**Printed Name I***(Nombre en letra molde)*

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:)

\_\_\_\_\_

**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.))