

CENTRO DE EVALUACIONES FORENSES DE LA SALUD COMPORTAMENTAL
en la Corte de Familia de la Ciudad de Filadelfia

1501 Arch Street, 8th Floor+ Philadelphia, PA 19102 + tel: (215) 686-8812 + fax: (215) 686-8835

NOTIFICACIÓN DEL PROPÓSITO PARA LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIA

Entiendo que estoy participando en una evaluación de competencia como resultado de una orden de la corte. La evaluación la realizará _____. El Dr. _____ es un contratista independiente con el Centro de Evaluaciones Forenses de la Salud Comportamental (BHFEFC), un programa que sirve a la Corte de Familia de Filadelfia. Entiendo que esta evaluación ha sido ordenada por la corte. El propósito de la evaluación es ayudar a la corte a determinar si soy competente para proceder.

La evaluación de competencia puede consistir en lo siguiente: una entrevista conmigo, mi(s) padre(s), guardián(es) o cuidador(es), medidas de evaluación psicológica y un repaso de varios materiales y registros. Los registros los entregarán al BHFEFC partes como la corte, el distrito escolar, y Salud Comportamental Comunitaria (CBH). También es posible que el médico hable con otras personas relacionadas con mi caso en la corte, como el supervisor de mi libertad condicional (PO), los abogados participantes, el trabajador social del Departamento de Servicios Sociales (DHS) o de la agencia comunitaria de coordinación (*Community Umbrella Agency, CUA*), otros profesionales de servicios sociales o CBH. Las medidas de evaluación pueden brindar información sobre mis habilidades intelectuales, académicas y para desempeñarme en la vida cotidiana. También es posible que el doctor evalúe mi funcionamiento emocional y del comportamiento. Entiendo lo siguiente acerca de esta evaluación:

- Como se trata de una evaluación ordenada por la corte, el médico tendrá que incluir información sobre mí en un reporte. Esta información no se mantendrá confidencial como podría ser el caso si yo estuviera consultando a un terapeuta o profesional de la salud mental por fuera de la corte.
- El evaluador simplemente efectuará su evaluación, no se trata de un médico que me dé tratamiento y terapia o servicios para la salud mental después de la evaluación.
- El informe que se escriba como resultado de esta evaluación se entregará a la corte y partes relacionadas, que incluirán la división de libertad condicional, DHS/CUA, CBH, PMHCC y los abogados involucrados en este caso.
- Entiendo que el médico podría ser llamado a testificar en la corte con relación a sus hallazgos.
- Entiendo que el médico está obligado a dar a conocer información si estima que yo represento un peligro para mí persona o para otros, o si tiene motivos para sospechar que he sido víctima de abuso o negligencia. Si alguien le cuenta al médico que sabe de algún menor que en la actualidad está siendo abusado, el médico está obligado a comunicar el caso de sospecha de abuso infantil, incluso si el médico no ve a ese menor directamente. El médico también está obligado a comunicar el caso de sospecha de abuso infantil si alguien de 14 o más años le comunica que cometió abuso infantil, incluso si la víctima ya está fuera de peligro.

Nombre del cliente (letra de molde)

Firma (si mayor de 14 años)

Fecha

Nombre del padre o
madre/guardián

Firma

Fecha

Dirección y teléfono

Testigo

Fecha