

# INFORME DEL TUTOR

**Si usted tiene la autoridad de internación en un establecimiento de salud mental y quiere continuar, use también el paquete *Cómo renovar la autoridad de internación en un establecimiento de salud mental***

Antes de firmar documentos o participar en un caso judicial, es importante consultar con un abogado para saber si uno está haciendo bien las cosas. El Centro de Autoservicio tiene información de cómo hallar un abogado.

## INSTRUCCIONES

**PASO 1: PIDA AL PROFESIONAL DE LA SALUD DEL TUTELADO QUE COMPLETE EL INFORME DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**

Si usted tiene Autoridad para la internación en un establecimiento de salud mental, un psiquiatra o un psicólogo tendrá que completar el Informe del Profesional de la Salud, conforme a la Orden al tutor y/o curador.

**PASO 2: SI TIENE AUTORIDAD DE INTERNACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL Y QUIERE QUE LA CORTE LO RENEVEE POR OTRO AÑO MÁS: VEA EL PAQUETE DE AUTOAYUDA *CÓMO RENOVAR LA AUTORIDAD DE INTERNACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL***

**PASO 3: LLENE EL INFORME DEL TUTOR**

**PASO 4: PRESENTE LO SIGUIENTE ANTE LA CORTE**

Lleve o envíe por correo el original y dos copias de los siguientes documentos a la oficina del secretario de la corte del condado de Coconino, situada en 200 N. San Francisco St., Flagstaff, AZ 86001.

- Informe del tutor
- Informe del profesional de la salud

El Secretario sellará sus copias con la fecha de presentación y se las devolverá para que las tenga de comprobante. Si envía los formularios por correo, adjunte un sobre estampillado y con su dirección para que el Secretario le envíe de retorno las copias selladas con la fecha.

**PASO 5: ENTREGUE LOS FORMULARIOS A LAS PARTES INTERESADAS**

El día que usted presenta los formularios, envíe una copia de los formularios por correo o entréguela personalmente a cada persona nombrada en el apartado "Certificado de entrega" en el Informe del tutor.

**PASO 6: SI LA AUDIENCIA NO ESTÁ EN EL CALENDARIO DE NO COMPARECENCIA: VAYA A LA AUDIENCIA**

*Se tiene que llenar la forma en inglés.*

My Name: \_\_\_\_\_

Mi nombre:

Co-Guardian's Name: \_\_\_\_\_

Nombre del cotutor:

Mailing Address: \_\_\_\_\_

Dirección postal:

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

Ciudad, Estado, Código postal:

Phone Number: \_\_\_\_\_

Número de teléfono:

Representing Self

Representándose a sí mismo

**COCONINO COUNTY SUPERIOR COURT  
LA CORTE SUPERIOR DEL CONDADO DE COCONINO**

In the Matter of the Guardianship and/or

Conservatorship of:

Con referencia a la tutela y/o curaduría de:

Case Number: GC \_\_\_\_\_

Número de caso:

**GUARDIAN'S REPORT**  
**INFORME DEL TUTOR**

Name of Ward 1: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente 1:

Name of Ward 2: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente 2:

Name of Ward 3: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente 3:

An Adult  A Minor

Un adulto  Un menor de edad

**ANNUAL REPORT AND NOTICE OF HEARING**

**INFORME ANUAL Y AVISO DE AUDIENCIA**

On the non-appearance calendar

En el calendario de no comparecencia

**REPORT UPON DISCHARGE**

**INFORME DE ALTA**

**NOTICE OF HEARING:**

**AVISO DE AUDIENCIA:**

*Fill out the "Notice of Hearing" section only if this is an Annual Report.*

*Llene la sección "Aviso de audiencia" sólo si este es un Informe anual.*

The court has set a hearing to review this Report as follows:

La corte fijó una audiencia para revisar este informe de la siguiente manera:

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Division: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_

(All Divisions are in the Coconino County Courthouse, 200 N. San Francisco St., Flagstaff, AZ.)

(Todas las divisiones están en Coconino County Court House, 200 N. San Francisco St., Flagstaff, AZ.)

Unless it is on the non-appearance calendar, the guardian shall appear at the hearing. Anyone else with an interest in this case needs to appear at the hearing only if they want to object to part of this Report. A menos que esté en el calendario de no comparecencia, el tutor tiene que ir a la audiencia. Todas las demás personas con un interés en este caso tienen que ir a la audiencia únicamente si desean presentar una objeción a alguna parte de este informe.

If you know in advance that you can't attend the hearing on the date scheduled, you may ask the court to reschedule, or "continue", the hearing. Asking for a continuance involves multiple steps and deadlines that the court will expect you to know and follow. See the Self-Help Center packet *Moving a Court Date to a Later Date*.

Si sabe de antemano que no podrá asistir a la audiencia en la fecha programada, puede pedirle a la corte que re programe, o "aplace", la audiencia. Para pedir un aplazamiento hay que tomar varios pasos y cumplir con ciertos plazos. La corte espera que conozca y cumpla con estos requisitos. Consulte el paquete *Cómo postergar una audiencia de la corte* del Centro de Autoayuda.

**GUARDIAN'S REPORT:  
INFORME DEL TUTOR:**

Report Period Opening Date: \_\_\_\_\_ Closing Date: \_\_\_\_\_  
Fecha de comienzo del Periodo de informe: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

	<i>Opening Date</i>	<i>Closing Date</i>
<i>For an Annual Report:</i>	<i>If this is the first Report: Enter the date the judge signed the Order Appointing a Guardian and/or Conservator</i>	<i>Enter the date nine months from the Opening Date</i>
	<i>If this is not the first Report: Enter the Closing Date of the last Report</i>	<i>Enter the date one year from the Opening Date</i>
<i>For a Report Upon Discharge:</i>	<i>Enter the Closing Date of the last Report</i>	<i>Enter the date you fill out this form</i>

	<i>Fecha de comienzo</i>	<i>Fecha de finalización</i>
<i>Para un Informe anual:</i>	<i>Si este es el primer Informe: Escriba la fecha en que el juez firmó la Orden nombrando a un tutor y/o curador</i>	<i>Escriba nueve meses después de la fecha de comienzo</i>
	<i>Si este no es el primer Informe: Escriba la fecha de finalización del último Informe</i>	<i>Escriba un año después de la Fecha de comienzo</i>
<i>Para un Informe de alta:</i>	<i>Escriba la fecha de finalización del último Informe</i>	<i>Escriba la fecha en que llenó este formulario</i>

**The Ward:  
El pupilo:**

Ward 1's Age: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Year Minor Will Turn 18: \_\_\_\_\_  
Edad del Pupilo 1: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Año en que el menor de edad cumplirá 18 años:  
Ward 2's Age: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Year Minor Will Turn 18: \_\_\_\_\_  
Edad del Pupilo 2: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Año en que el menor de edad cumplirá 18 años:  
Ward 3's Age: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Year Minor Will Turn 18: \_\_\_\_\_  
Edad del Pupilo 3: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Año en que el menor de edad cumplirá 18 años:

**The Guardian and/or Conservator:**

**El tutor y/o curador:**

NAME: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

True or  False: The guardian has been charged with or convicted of a criminal offense, other than a civil traffic violation, during the report period. *If True, explain:*

Verdadero o  falso: El tutor ha sido acusado o condenado de haber cometido un delito penal, aparte de una violación de tráfico civil, durante el período del informe. *Si fuera verdadero, explique:*

Charge: \_\_\_\_\_ Court: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_ Corte: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

**Where the Ward Lives:**

**Lugar en que vive el pupilo:**

The information about where the ward lives  changed or  did not change during this report period.  
La información sobre dónde vive el dependiente  cambió o  no cambió durante este periodo del informe.

*If it changed, enter the new information:*

*Si cambió, escriba la nueva información:*

Ward's Address: \_\_\_\_\_  
Dirección del pupilo: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_

The ward lives in the private home of: \_\_\_\_\_  
El pupilo vive en el hogar privado de: \_\_\_\_\_

The ward lives in the following facility: \_\_\_\_\_  
El pupilo vive en la siguiente institución: \_\_\_\_\_

Facility Type: \_\_\_\_\_ Person in Charge of Facility: \_\_\_\_\_  
Tipo de institución: \_\_\_\_\_ Persona a cargo de la institución: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**Governmental Agency Services:**

**Servicios de dependencias gubernamentales:**

The ward received services from the following governmental agency.  
El pupilo recibió servicios de la siguiente dependencia gubernamental.

AGENCY'S NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

Person Responsible for the Ward's Affairs at the Agency: \_\_\_\_\_  
Persona de la dependencia responsable por los asuntos del pupilo: \_\_\_\_\_

Summary of Services: \_\_\_\_\_  
Resumen de servicios: \_\_\_\_\_

AGENCY'S NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

Person Responsible for the Ward's Affairs at the Agency: \_\_\_\_\_  
Persona de la dependencia responsable por los asuntos del pupilo: \_\_\_\_\_

Summary of Services: \_\_\_\_\_  
Resumen de servicios: \_\_\_\_\_

**Certificate of Delivery:** I will mail or hand-deliver a copy of this Report to the following people on the day I file it:

**Certificado de entrega:** Entregaré personalmente o por correo una copia de este Informe a las siguientes personas el día en que lo presente:

*Enter the name and address of each person listed on the Petition for Guardianship and/or Conservatorship under "People Entitled to Notice". If any person listed can't be found, enter that person's last address listed in the court file. If that person has no address in the court file, do not list that person. Also enter the name and address of 1) any guardian other than you and 2) any court-appointed attorney of the ward.*

*Escriba el nombre y la dirección de cada persona que figure en la Petición de tutela y/o curaduría bajo el encabezamiento "Personas con derecho a recibir aviso". Si no se puede encontrar a alguna de las personas indicadas, escriba la última dirección de esa persona que figure en el expediente de la corte. Si la persona no tiene una dirección en el expediente de la corte, no ponga a esa persona en la lista. Escriba también el nombre y la dirección de 1) cualquier curador que no sea usted, si los hay y 2) cualquier abogado del pupilo nombrado por la corte.*

WARD 1  
PUPILO 1

WARD 2  
PUPILO 2

WARD 3  
PUPILO 3

THE WARD OVER 13  
EL PUPILO ES MAYOR DE 13 AÑOS DE EDAD

NAME:	_____	_____	_____
NOMBRE:	_____	_____	_____
Street Address:	_____	_____	_____
Calle:	_____	_____	_____
City, State, Zip:	_____	_____	_____
Ciudad, Estado, Código postal:	_____	_____	_____

THE WARD'S MOTHER  
SU MADRE

NAME:	_____	_____	_____
NOMBRE:	_____	_____	_____
Street Address:	_____	_____	_____
Calle:	_____	_____	_____
City, State, Zip:	_____	_____	_____
Ciudad, Estado, Código postal:	_____	_____	_____

THEIR FATHER  
SU PADRE

NAME:	_____	_____	_____
NOMBRE:	_____	_____	_____
Street Address:	_____	_____	_____
Calle:	_____	_____	_____
City, State, Zip:	_____	_____	_____
Ciudad, Estado, Código postal:	_____	_____	_____

WARD 1  
PUPILO 1

WARD 2  
PUPILO 2

WARD 3  
PUPILO 3

THEIR CLOSEST ADULT RELATIVE  
SU PARIENTE ADULTO MÁS CERCANO

NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

THEIR COURT-APPOINTED ATTORNEY  
SU ABOGADO NOMBRADO POR LA CORTE

NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

THEIR CONSERVATOR  
SU CURADOR

NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

PEOPLE HAVING CARE OR CUSTODY OF THEM  
PERSONAS QUE CUIDEN O TENGAN CUSTODIA DEL PUPILO

NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

PEOPLE WHO FILED  
A DEMAND FOR NOTICE  
PERSONAS QUE PRESENTARON UNA  
DEMANDA DE AVISO

THE WARD'S SPOUSE  
EL/LA CÓNYUGE DEL PUPILO

NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

**Contact Between the Ward and the Guardian:**  
**Contacto entre el pupilo y el tutor:**

Number of Times I've Seen the Ward in the Last 12 Months: \_\_\_\_\_  
Cantidad de veces que he visto al Dependiente en los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Date I Last Saw the Ward: \_\_\_\_\_  
Fecha en que vi al dependiente por última vez: \_\_\_\_\_

**The Ward's Physician:**  
**El médico del pupilo:**

Physician's Name: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Date a Physician Last Saw the Ward: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última vez en que un médico vio al pupilo: \_\_\_\_\_

I'm filing a copy of the Health Professional's Report with this Guardian's Report.  
Presento una copia del Informe del Profesional de la Salud con el presente Informe del Tutor.

**Inpatient Mental Health Care Authority:**  
**Autoridad para la internación en un establecimiento de salud mental:**

If I have inpatient mental health care authority, the Health Professional's Report has been completed by a psychiatrist or psychologist, explaining whether the ward currently needs inpatient mental health care and treatment.

En el caso de tener yo la Autoridad para la internación en un establecimiento de salud mental, el Informe del Profesional de la Salud ha sido completado por un psiquiatra o un psicólogo que explica si el tutelado requiere actualmente internación y tratamiento en un establecimiento de salud mental.



**The Ward's Status:**  
**La condición del pupilo:**

Major changes in the ward's physical or mental condition during the report period:  
Cambios significativos en la condición física o mental del pupilo durante el período del informe:

---

Why the guardianship should continue or change:  
Motivo por el que la tutela debe continuar o cambiar:

---

**Anything Else I Want the Court to Know:**  
**Cualquier otra cosa que quiero que la corte sepa:**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
My Signature  
Mi firma

Date: \_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Co-Guardian's Signature  
Firma del cotutor:

Date: \_\_\_\_\_  
Fecha:

Guardian's Name: \_\_\_\_\_  
Nombre del tutor:  
Co-Guardian's Name: \_\_\_\_\_  
Nombre del cotutor:  
Mailing Address: \_\_\_\_\_  
Dirección postal:  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal:  
Phone Number: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono:  
Representing Self  
Representándose a sí mismo

**COCONINO COUNTY SUPERIOR COURT**  
**LA CORTE SUPERIOR DEL CONDADO DE COCONINO**

In the Matter of the Guardianship and/or  
Conservatorship of:  
Con referencia a la tutela y/o curaduría de:

Case Number: GC \_\_\_\_\_  
Número de caso:

Name of Ward 1: \_\_\_\_\_  
Nombre del Dependiente 1:  
Name of Ward 2: \_\_\_\_\_  
Nombre del Dependiente 2:  
Name of Ward 3: \_\_\_\_\_  
Nombre del Dependiente 3:  
 An Adult  A Minor  
 Un adulto  Un menor de edad

**HEALTH PROFESSIONAL'S REPORT**  
**INFORME DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**

**About the Health Professional:**  
**Acerca del profesional de la salud:**

Name: \_\_\_\_\_  
Nombre:  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección:  
Phone Number: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono:  
Area of Specialty: \_\_\_\_\_  
Área de especialidad:  
Are you board certified in this area?  Yes  No  
¿Usted tiene certificación del consejo médico en esta área?  Sí  No  
I'm board certified in these other areas: \_\_\_\_\_  
Tengo certificación del consejo médico en estas otras áreas:

I last saw the patient on this date: \_\_\_\_\_

La última vez que atendí al paciente fue el día:

I've been the patient's health professional for \_\_\_\_\_ [ ] years [ ] months.

He sido el profesional de la salud que atiende al paciente desde hace X [/] años [/] meses.

**About the Patient:**

**Acerca del paciente:**

My observations about the patient's physical, psychiatric, or psychological health:

Mis observaciones sobre la salud física, psiquiátrica y psicológica del paciente:

---

---

---

---

Major changes, if any, to the patient's physical, psychiatric, or psychological condition since the last Health Professional's Report:

Cambios importantes, si los hay, en la condición física, psiquiátrica y psicológica del paciente desde el último informe del profesional de la salud:

---

---

---

---

Current medications, dosage, and effects of medications on the patient:

Medicamentos que toma el paciente actualmente, administración y efectos de los medicamentos:

---

---

---

---

My prognosis for this patient:

Mi pronóstico para el paciente:

---

---

---

---

**For Cases Where the Patient is an Adult:**  
**Para los casos en los que el paciente es un adulto:**

Does the patient still need a guardian to make health care decisions?  Yes  No

¿El paciente sigue con la necesidad de un tutor para las decisiones de salud?  Sí  No

Does the patient still need a conservator to make financial decisions?  Yes  No

¿El paciente sigue con la necesidad de un curador para las decisiones financieras?  Sí  No

**For Cases Where the Guardian Wants to Renew Inpatient Mental Health Care Authority:**  
**Para los casos en los que el tutor desea renovar la autoridad de salud mental hospitalaria:**

Are you a psychiatrist or psychologist?  Yes  No

¿Usted es psiquiatra o psicólogo?  Sí  No

Do you recommend that the Court renew the guardian's power to consent to the patient's receiving inpatient mental health care and treatment, 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?  Yes  No

¿Recomienda Ud. que el tribunal renueve la autoridad del tutor a consentir a que el paciente reciba atención y tratamiento de salud mental hospitalario, incluida la colocación del paciente en un centro de salud conductual del nivel uno, licenciado por el Departamento de Servicios de Salud, y el tratamiento médico, psiquiátrico y psicológico asociado a este tipo de colocación?  Sí  No

Please explain:

Explique, por favor:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Additional comments and/or suggestions that would be helpful for the Court to know:**  
**Comentarios adicionales y/o sugerencias que pueden ser útiles para el tribunal**

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Fecha:

Signature: \_\_\_\_\_

Firma: