

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA  
**Tribunal de Primera Instancia**  
Sala  Superior  Municipal de \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;"><b>PARTE PETICIONARIA</b></p> <p>En interés de:</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(Persona para quien se solicita la terapia electroconvulsiva) <b>EX PARTE</b></p>	<p>CIVIL NÚM. _____</p> <p>Sobre: Terapia electroconvulsiva</p> <p>Artículo 4.06 de la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico.</p>
--	--

**PETICIÓN PARA SOMETER A UNA PERSONA ADULTA A TERAPIA  
ELECTROCONVULSIVA**

AL HONORABLE TRIBUNAL:

Comparece \_\_\_\_\_  
*Parte peticionaria*  
mayor de edad, residente en \_\_\_\_\_  
*Dirección residencial completa*, ( ) -  
*Número de teléfono*

y que guardo la siguiente relación con la persona para quien se solicita el cambio de ingreso \_\_\_\_\_.

Comparece \_\_\_\_\_,  
*Parte Peticionaria*  
número de licencia profesional \_\_\_\_\_ en representación de \_\_\_\_\_,  
*Indique nombre de la institución proveedora de servicios*  
\_\_\_\_\_,  
*Dirección de la institución proveedora de servicios o su representante autorizado(a)*  
( ) - \_\_\_\_\_, y quien tiene a cargo el tratamiento de la persona de epígrafe.

Quien expone, alega y solicita:

1. \_\_\_\_\_ recibe tratamiento  
*Nombre de la persona para quien se solicita la terapia electroconvulsiva*  
en \_\_\_\_\_ desde  
*Indique nombre de la institución proveedora de servicios*  
\_\_\_\_\_ de manera:  voluntaria  involuntaria.  
*Indique fecha de admisión (día/mes/año)*
2. El tratamiento de terapia electroconvulsiva es parte de las recomendaciones clínicas en este caso.
3. La persona, por su condición, no puede consentir y no tiene un(a) tutor(a) asignado(a) legalmente.
4. De no recibir la modalidad de tratamiento solicitada, la persona podría sufrir daño inminente.

POR TODO LO ANTES EXPUESTO, solicito que luego de evaluar esta petición y conforme al Artículo 4.06 de la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, se ordene el señalamiento de una vista dentro de las ocho (8) horas siguientes a la petición para que el Tribunal determine si procede o no el tratamiento recomendado y emita una Orden a dichos efectos.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre de la Parte Peticionaria	Firma de la Parte Peticionaria
---------------------------------	--------------------------------

CIVIL NÚM. \_\_\_\_\_

### JURAMENTO

Yo \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad,  soltero(a),  
 casado(a), de ocupación \_\_\_\_\_ y residente en \_\_\_\_\_  
bajo juramento declaro que:

1. Mi nombre y circunstancias personales son las indicadas anteriormente.
2. Soy la parte peticionaria en el presente caso.
3. Todos y cada uno de los hechos expuestos en este documento son ciertos por constarme de propio y personal conocimiento.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Parte Peticionaria

Jurado y suscrito ante mí por \_\_\_\_\_,  
la parte peticionaria antes mencionada y cuya identidad ha sido acreditada conforme a  
los mecanismos de ley, mediante \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_.  
Tipo de identificación

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la)  
Secretario(a) Regional

Por:

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la)

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la)