

**CONTINUANCE OF  
MENTAL HEALTH  
AUTHORITY**

*(PRÓRROGA DE LA  
AUTORIDAD DE SALUD  
MENTAL)*

**1**

*CENTRO DE AUTOSERVICIO*

***SOLICITUD DE PRÓRROGA DE LA AUTORIDAD DE  
SALUD MENTAL***

*LISTA DE CONTROL*

*Podrá usar los formularios e instrucciones en este paquete sí . . .*

- ✓ *Si se le nombró Tutor con autoridad para el tratamiento de salud mental*

***Y***

- ✓ *Usted desea continuar teniendo la autoridad para el tratamiento de salud mental en conformidad con A.R.S. § 14-5312.01*

***Y***

- ✓ *Usted tiene un reporte médico actual en conformidad con A.R.S. § 14-5312.01*

***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 Auto-Servicio 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.*

CENTRO DE AUTOSERVICIO

**PROCEDIMIENTOS: QUÉ HACER CON EL PEDIMENTO UNA VEZ QUE SE HA COMPLETADO**

**PASO 1: COPIAS Y SOBRES.**

Haga tres (3) copias de las páginas siguientes del pedimento;

Haga dos (2) copias de la orden que aparece a continuación del pedimento;

Prepare dos (2) sobres con su domicilio y sellos postales; uno dirigido a usted y uno dirigido a la otra parte.

**PRESENTE LAS PÁGINAS ORIGINALES DEL PEDIMENTO** ante la Secretaría del Tribunal y pida que también le sellen todas las copias. A éstas se les conoce como “copias fieles” y sirven como evidencia de que se presentó el original.

**PROCESAMIENTO DE SU PEDIMENTO.** Entregue lo siguiente al juez asignado a su caso:

- Una (1) copia fiel del pedimento;
- Original y dos (2) copias de la orden;
- Dos (2) sobres con su nombre, domicilio y sellos postales

**ENVÍE POR CORREO O ENTREGUE UNA COPIA** de las páginas del pedimento a la otra parte de su caso y quédese con una (1) copia para sus propios archivos.

**PASO 2: ESPERE HASTA RECIBIR AVISO POR PARTE DEL TRIBUNAL.** Una vez que haya entregado su pedimento y su orden, el juez firmará la orden original y le enviará una copia a usted en el sobre que usted suministró O un ASIENTO DE MINUTA indicándole a usted si se le ha concedido su pedimento.

**NOTA: EL NO OBSERVAR LOS PROCEDIMIENTOS ANTES MENCIONADOS PODRÍA RESULTAR EN UNA DEMORA EN SU CASO**

**NOTA:**

*Este formulario de pedimento en blanco no deberá usarse para iniciar un caso judicial. Si no usa el formulario correcto, un juez o comisionado podrá denegar el pedimento. Esto podría hacer que usted incurra cuotas procesales innecesarias y retardar el período de tiempo necesario para que su asunto llegue ante el tribunal. Si el Centro de autoservicio no tiene un formulario o paquete (serie) de documentos específico para un proceso que usted necesita, puede comunicarse con la Biblioteca Jurídica del Tribunal llamando al 602 506-3461 o por correo electrónico a: [services@scll.maricopa.gov](mailto:services@scll.maricopa.gov). Un bibliotecario de la Biblioteca Jurídica **PUEDE SER CAPAZ DE** explicarle los requisitos legislativos y procesales, Y **PUEDE SER CAPAZ DE** proporcionar un ejemplo de formulario de pedimento para ayudarle a esbozar su pedimento.*

*Nota: Lo mejor es siempre consultar a un abogado antes de presentar documentos legales. El sitio de Internet del Centro de autoservicio brinda varios recursos que pueden ayudarle a encontrar un abogado con una tarifa reducida.*

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

(Nombre de persona que archiva los documentos:)

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

(Domicilio (si no se ha declarado confidencial):)

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

(Ciudad, Estado, Código Postal:)

Telephone / (Número de Teléfono): \_\_\_\_\_

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

(Dirección de Correo Electrónico:)

Lawyer's Bar Number / (Cédula Profesional del 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/a para Peticionante O Demandado/a )

For Clerk's Use Only

## SUPERIOR COURT OF ARIZONA IN MARICOPA COUNTY

(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA  
CONDADO DE MARICOPA)

In the Matter of the Guardianship of:

(En lo referente a la tutela de:)

Case Number PB: \_\_\_\_\_

(Número de Caso PB:)

### Motion to Continue Mental Health Treatment Authority

(Pedimento para prorrogar la  
autoridad para el tratamiento de  
salud mental)

\_\_\_\_\_  
An Incapacitated Person / (Una persona incapacitada)

I, \_\_\_\_\_, as Guardian for \_\_\_\_\_,

presents a Motion to Continue Mental Health Treatment Authority as follows:

(Yo, XXX, en mi calidad de XXX, presento un Pedimento para prorrogar la autoridad para el tratamiento de salud mental, a saber:)

1. I was appointed Guardian of \_\_\_\_\_ by Order of this Court dated \_\_\_\_\_ and the Court granted Mental Health Treatment Authority to give the Guardian authority to consent to inpatient mental health treatment.

(Se me nombró Tutor de XXX por Orden de este Tribunal con fecha XXX y el Tribunal otorgó la autoridad para el tratamiento de salud mental para dar al Tutor la autoridad para dar su consentimiento para el tratamiento de salud mental como paciente internado.)

2. \_\_\_\_\_ was born \_\_\_\_\_ and

xx/xx/xxxx

resides at \_\_\_\_\_.

(XXX nació el XXX y reside en XXX.)

3. The current Mental Health Treatment Authority expires: \_\_\_\_\_.  
xx/xx/xxxx

(La autoridad para tratamiento de salud mental se vence: xx/xx/xxxx.)

4. I believe \_\_\_\_\_ remains in need of protection granted by legal guardianship and request that the Court continue the Mental Health Treatment Authority previously granted to me under A.R.S. §14-5312.01 for a period not to exceed 365 days, starting \_\_\_\_\_.

xx/xx/xxxx

(Pienso que XXX continúa necesitando protección otorgada por la tutela legal y solicito que el Tribunal prorrogue la autoridad para tratamiento de salud mental otorgada previamente a mi persona según A.R.S. §14-5312.01 por un período que no exceda los 365 días, a partir de xx/xx/xxxx.)

5. \_\_\_\_\_'s psychiatrist/psychologist is \_\_\_\_\_, and attached is a medical report pursuant to A.R.S. §14-5312.01 citing observations and diagnoses.

(El psiquiatra / psicólogo de XXX es XXX, y se anexa un reporte médico de conformidad con A.R.S. §14-5312.01 que cita comentarios y diagnósticos.)

Today's Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha de hoy:)

\_\_\_\_\_  
Your Signature / (Su firma)

**This page must be completed and attached to the LAST page of  
your Motion/Request**

*(Esta página debe completarse y anexarse a la última página de su pedimento o  
solicitud)*

- I filed the ORIGINAL of the attached document(s) with the Clerk of the Superior Court in Maricopa County on: \_\_\_\_\_.

Month Date Year

*(Presenté el ORIGINAL del documento o los documentos que se anexan ante la Secretaría del Tribunal Superior del Condado Maricopa el: XXXX / Mes Día Año.)*

- I mailed/delivered a COPY of the attached document(s) to the Judicial Officer assigned to my case, Judge (or Commissioner): on

*(Envié por correo / entregué una COPIA del documento o los documentos que se anexan al Juzgador asignado a mi caso, el Juez (o Comisionado):)*

\_\_\_\_\_  
(Judicial Officer assigned to your case)

Month Date Year  
*(Mes Día Año)*

*(Juzgador asignado a su caso)*

- I mailed/delivered a COPY of the attached document(s) on this date:

*(Envié por correo / entregué una COPIA del documento o los documentos que se anexan en esta fecha:)*

To: \_\_\_\_\_  
(A:)

Month Date Year  
*(Mes Día Año)*

- I attached a COPY of a current medical report from a doctor and/or psychologist.

*(Anexé un COPIA del reporte médico actual de un médico y/o psicólogo.)*

***(You must mail a copy of all documents to all parties and his/her lawyer)***

*(Será necesario que envíe una copia de todos los documentos a todas las partes y a su abogado)*

\_\_\_\_\_  
Name of All Parties and Their Lawyer, If Represented

*(Mencione a todas las partes y su abogado, si están representadas por un abogado)*

\_\_\_\_\_  
Address / (Domicilio)

\_\_\_\_\_  
Lawyer's Address / (Domicilio del abogado)

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip / (Ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip / (Ciudad, estado, código postal)

**By signing below, I state to the Court, under penalty of law, that the information stated on these pages is true and correct to the best of my knowledge and belief.**

*(Con mi firma a continuación, declaro al Tribunal, sujeto a las sanciones estipuladas por la ley, que la información declarada en estas hojas es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.)*

Case Number PB: \_\_\_\_\_  
(Número de Caso PB:)

**I further state that I have filed/mailed the attached document(s) as shown above. I understand that if I do not file/mail the attached document(s) as shown above, the judge in my case will not read my request/motion.**

*(También declaro que he presentado / enviado el documento o los documentos que se anexan como se indica más arriba. Comprendo que si no presento / envío por correo el documento o los documentos que se anexan tal como se indicó más arriba, el Juez en mi caso no leerá mi solicitud / pedimento.)*

---

**Your signature** / *(Su firma)*

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

(Nombre de persona que archiva los documentos:)

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

(Domicilio (si no se ha declarado confidencial):)

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

(Ciudad, Estado, Código Postal:)

Telephone / (Número de Teléfono): \_\_\_\_\_

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

(Dirección de Correo Electrónico:)

Lawyer's Bar Number / (Cédula Profesional del 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/a para Peticionante O Demandado/a )

For Clerk's Use Only

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

In the Matter of the Guardianship of:

(En lo referente a la tutela de:)

Case Number PB: \_\_\_\_\_

(Número de Caso PB:)

**ORDER GRANTING  
MOTION TO CONTINUE MENTAL  
HEALTH AUTHORITY**  
(ORDEN DE CONCESIÓN  
PROPUESTA PARA CONTINUAR  
AUTORIDAD DE SALUD MENTAL)

\_\_\_\_\_  
**An Incapacitated Person**

(Una persona incapacitada)

**IT IS ORDERED THAT:**

(SE ORDENA QUE:)

After reviewing the Motion to Continue Mental Health Authority submitted by \_\_\_\_\_,  
Guardian for \_\_\_\_\_, the Court finds:

(Después de revisar la petición de continuar Autoridad de Salud Mental presentada por  
XXXX, Tutor para XXXX, es preciso señalar:)

1. \_\_\_\_\_ continues to suffer from a chronic mental illness or disorder, and the Guardian should have authority to consent to placement in a mental health facility, including an Inpatient Psychiatric Facility, to effectively be responsible for the mental health treatment needs of the ward.

(XXXX Continúa sufriendo de una enfermedad mental crónica o trastorno, y el Guardián debe tener autoridad para dar su consentimiento a la colocación en un centro de salud mental, incluyendo una institución psiquiátrica para pacientes hospitalizados, y efectivamente se hace responsable de las necesidades de tratamiento de salud mental de la sala.)



2. **No objections have been filed.**  
(No hay objeciones se han presentado.)

3. **THEREFORE,** the mental health treatment authority previously granted to \_\_\_\_\_, under A.R.S. § 14-5312.01, shall be continued for a period not to exceed 365 days starting \_\_\_\_\_ and expiring on \_\_\_\_\_ is **authorized to act under all provisions of A.R.S. § 14-5312.01.**

*(Tanto, la autoridad tratamiento de salud mental previamente concedida to XXXX, bajo A.R.S. § 14 a 5312,01, se mantendrá por un período que no exceda los 365 días a partir xx/xx/xxxx y terminaría on xx/xx/xxxx. XXXX está autorizada para actuar en todas las disposiciones de A.R.S. § 14 a 5.312,01.)*

**DONE IN OPEN COURT:** \_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
JUDGE/COMMISSIONER