

Petition for Initial Detention
(Emergency)
p. **1** of **12**

Soy un encargado de respuesta ante crisis (DCR, por sus siglas en inglés) del [-] condado de (insertar nombre del condado)

o [-] la Autoridad de Servicios de Salud en consulta con (insertar nombre de la tribu).

Respondent was brought to my attention under the following circumstances:

Se me pidió brindar atención a la parte demandada en las siguientes circunstancias:

Based upon my personal observation and/or information obtained from reliable people and/or investigation, and/or following an interview with the respondent, **the facts that led me to conclude that the respondent suffers from a behavioral health disorder are as follows:**

Con base en mi observación personal y en la información recibida de personas o investigaciones confiables, o después de hacer una entrevista a la parte demandada, los hechos que me llevaron a concluir que la parte demandada sufre un trastorno de salud conductual son los siguientes:

Facts that led me to conclude that the respondent presents an imminent likelihood of serious harm and/or is in imminent danger because they are gravely disabled are as follows:

Los hechos que me llevaron a concluir que la parte demandada tiene probabilidades altas e inminentes de causar daños graves o que se encuentra en peligro inminente porque tiene una discapacidad grave son los siguientes:

No existen alternativas menos restrictivas que la detención, incluida la hospitalización voluntaria o los servicios de desintoxicación, que sean clínicamente apropiadas, necesarias y que sean lo que más conviene al bienestar de la parte demandada o de otras personas, porque:

Se le informó a la parte demandada que el tratamiento de salud conductual era apropiado. **La parte demandada no ha aceptado voluntariamente el tratamiento apropiado, como resulta evidente porque:**

Respondent is currently being held in emergency custody at *(insert facility's name and address):*

La parte demandada se encuentra bajo custodia de emergencia en *(insertar el nombre y la dirección del centro):*

Therefore, the petitioner requests that the court order the respondent to an evaluation and treatment period not to extend beyond 120 hours.

Por lo tanto, la parte demandante solicita que el tribunal ordene a la parte demandada que se someta a un período de evaluación y tratamiento que no excederá de 120 horas.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the foregoing is true and correct.

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del estado de Washington, que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto.

Signed at _____
Firmado en

City State
Ciudad Estado

Date: _____
Fecha:

Time: _____ AM/PM
Hora: _____ a.m./p.m.

Sign here
Firme aquí

Print Name
Nombre en letra de molde

Superior Court of Washington, County of _____
Tribunal Superior de Washington, Condado de _____

In re Detention of:

En referencia a la detención de:

Case No. _____

Caso núm. _____

NOTICE OF RIGHTS
AVISO DE DERECHOS

Respondent

DOB

Parte demandada

Fecha de nac.

By:

Por:

Petitioner

Parte demandante

You are hereby given notice that you have the following rights:

Por este medio se le informa que usted tiene los siguientes derechos:

1. To communicate with an attorney immediately, the right to have an attorney represent you before and at any court hearing, to have such attorney appointed if you cannot afford one, and the right to know the name and address of said attorney. You are entitled to contact an attorney of your choosing, or in place thereof (*insert name, address, phone number of public defender*)

A comunicarse con un abogado de inmediato, el derecho a que un abogado lo represente antes de las audiencias judiciales y durante ellas, a que se designe un abogado que lo represente si no tiene los recursos para pagar uno, y el derecho a conocer el nombre y la dirección de dicho abogado. Tiene derecho a comunicarse con el abogado de su elección o, en su defecto, (insertar nombre, dirección y número de teléfono del defensor público)

_____ will be appointed to represent you.

será designado para representarlo.

2. To remain silent as any statement you make may be used against you.
A guardar silencio, ya que todas sus declaraciones pueden usarse en su contra.
3. To present evidence and to cross-examine witnesses who may testify about you at any probable cause hearing.
A presentar evidencias y a contrainterrogar a los testigos que testifiquen sobre usted en todas las audiencias de causa probable.
4. To a judicial hearing in a court of law within the next 120 hours (excluding Saturday, Sunday, and legal holidays) to determine whether there is probable cause to commit you for further mental health treatment for up to 14 days of inpatient, or 90 days of outpatient treatment, for the reason that you are a person whose mental disorder presents a likelihood of serious harm to yourself or others or that you are gravely disabled.
A una audiencia judicial ante un tribunal en las próximas 120 horas (excluyendo, sábados, domingos y días feriados legales) para determinar si existe causa probable para internarlo para recibir tratamiento adicional de salud mental, hasta un máximo de

14 días de tratamiento como paciente internado o 90 días de tratamiento ambulatorio, debido a que usted es una persona cuyo trastorno mental representa una alta probabilidad de que cause daños graves a su persona o a otras personas, o debido a que usted sufre una discapacidad grave.

5. To apply for voluntary admission for treatment of a behavioral health disorder.
A solicitar su admisión voluntaria para el tratamiento de un trastorno de salud conductual.
6. Within 24 hours of admission or acceptance at the facility, not counting time periods prior to medical clearance, you will be examined and evaluated by a physician and a mental health professional (or substance use disorder professional if detained for substance use disorder evaluation and treatment) and shall receive such treatment and care as your condition requires for the period that you are detained.
Dentro de un plazo de 24 horas de su admisión o aceptación en el centro, sin contar los períodos previos a su autorización médica, será examinado y evaluado por un médico y un profesional de la salud mental (o un profesional del trastorno de consumo de sustancias, si fue detenido para una evaluación y tratamiento por trastorno de consumo de sustancias) y recibirá el tratamiento y la atención que se requieran para su estado durante el período de su detención.
7. To have the court appoint a reasonably available independent professional person to examine you and testify at the hearing, at public expense, if you are unable to pay.
A que el tribunal nombre a una persona profesional independiente, con disponibilidad razonable, que lo examine y testifique, con cargo al erario público, en caso de que usted no pueda pagarlo.
8. To refuse psychiatric medication, including antipsychotic medications, beginning 24 hours prior to the probable cause hearing. (This does not apply to minors detained per Ch. 71.34 RCW.)
A rechazar los medicamentos psiquiátricos, incluyendo medicamentos antipsicóticos, desde 24 horas antes de la audiencia de causa probable. (Esto no se aplica a los menores detenidos conforme al capítulo 71.34 del RCW).
9. To view and copy all petitions and reports in the court file.
A ver y copiar todas las demandas y los informes en el expediente judicial.

Served on:

Notificado a:

Respondent/Respondent's Attorney

Print Name

Parte demandada/Abogado de la parte demandada Nombre en letra de molde

Dated: _____, 20____.

Fechado el: _____ de 20____

Reviewed and/or read by:

Revisado o leído por:

Legal Guardian or Conservator

Print Name

Tutor legal o curador

Nombre en letra de molde

Dated: _____, 20____.
Fechado el: _____ de 20____

Served by:
Notificado por:

Designated Crisis Responder
Encargado de respuesta ante crisis

Print Name
Nombre en letra de molde

Dated: _____, 20____.
Fechado el: _____ de 20____

Superior Court of Washington, County of _____
Tribunal Superior de Washington, Condado de _____

In re Detention of:

En referencia a la detención de:

Case No. _____

Caso núm. _____

Respondent

Parte demandada

DOB

Fecha de nac.

By:

Por:

Petitioner

Parte demandante

PROOF OF SERVICE

COMPROBANTE DE NOTIFICACIÓN

I declare that I am 18 years of age or older. During the timing of this petition being sought and filed I was and am now a designated crisis responder duly designated by the [] County (*insert name of the county*) _____ or [] Health Care Authority in consultation with (*insert name of tribe*) _____.

Declaro que tengo 18 años de edad o más. Durante el período en que se solicitó y tramitó esta solicitud, yo era y sigo siendo un encargado de respuesta ante crisis debidamente designado por el [-] condado de (insertar nombre del condado) _____ o [-] la Autoridad de Servicios de Salud en consulta con (insertar nombre de la tribu).

On _____, 20____, at (time) _____ at (location) _____
in (*insert name of county*) _____ County, Washington,
I personally served the respondent with the: *Petition for Initial Detention (Emergency)* and *Notice of Rights*. Copies of the documents were also [] served [] mailed to the Guardian/Conservator (*if applicable*).

El día _____ de 20____, a las (hora) _____ en (lugar) _____ en el condado de (insertar nombre del condado) _____,

Washington, entregué personalmente a la parte demandada: La solicitud de detención inicial (emergencia) y aviso de derechos. También se [-] entregaron en mano [-] enviaron por correo copias de los documentos al tutor o curador (sin corresponde).

[] Copies were also served on the Department of Corrections because the respondent is either currently confined to a state correctional facility OR they are subject to the supervision of the Department of Corrections in the community.

También se entregaron copias al Departamento de Correccionales, porque la parte demandada se encuentra reclusa en un centro correccional estatal O está sujeta a la supervisión del Departamento de Correccionales en la comunidad.

[] Copies were also served on the *(name of tribe and Indian health care provider)* _____, together with any orders issued by the court, upon the person and the person's guardian because I know or have reason to know that the respondent is an American Indian or Alaska Native who receives medical or behavioral health services from a tribe within this state.

También se entregaron copias a (nombre de la tribu y del proveedor de servicios de salud indígena) _____, junto con las demás órdenes emitidas por el tribunal, referentes a la persona y al tutor de la persona, porque sé o tengo motivos para saber que la parte demandada es un indígena americano o nativo de Alaska que recibe servicios de salud médica o conductual de una tribu de este estado.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the foregoing is true and correct.

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del estado de Washington, que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto.

Signed at _____
Firmado en _____

City State
Ciudad Estado

Date: _____
Fecha: _____

Sign here
Firme aquí

Print Name
Nombre en letra de molde

*This form is optional
*Este formulario es opcional

Superior Court of Washington, County of _____
Tribunal Superior de Washington, Condado de _____

In re Detention of:
En referencia a la detención de:

Respondent DOB
Parte demandada Fecha de nac.

By:
Por:

Petitioner
Parte demandante

Case No. _____
Caso núm. _____

DECLARATION OF WITNESS
DECLARACIÓN DE TESTIGO

I declare the following, and I am willing to testify to these facts in any subsequent judicial proceedings: _____
Declaro lo siguiente, y estoy dispuesto a testificar estos hechos en los procedimientos judiciales subsecuentes:

(Add additional pages, if necessary)
(Adjunte hojas adicionales si fuesen necesarias)

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the foregoing is true and correct.

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del estado de Washington, que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto.

Signed at _____
Firmado en _____

Date: _____
Fecha: _____

City State
Ciudad Estado

Sign here
Firme aquí

Print Name
Nombre en letra de molde

DEMOGRAPHIC INFORMATION (Optional)
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Opcional)

Respondent _____ Date _____
Parte demandada Fecha

1. Address _____ Phone _____
Dirección Teléfono

2. Date of Birth _____
Fecha de nacimiento

3. ☐ S ☐ M ☐ D ☐ W ☐ SEP/Spouse's name _____
S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ SEP/Nombre del cónyuge

4. Employment _____
Empleo

5. Ethnicity: _____ 6. Primary Language: _____
Grupo étnico: Idioma principal:

7. Tribal Affiliation: ☐ Yes ☐ No
Afiliación tribal: ☐ Sí ☐ No

If "Yes", then is the respondent served by an Indian healthcare provider? ☐ Yes ☐ No
Si contestó que sí, ¿la parte demandada es atendida por un proveedor de servicios de salud indígena? ☐ Sí ☐ No

Tribe/Indian healthcare provider contact:
Contacto de la tribu o del proveedor de servicios de salud indígena:

Agency: _____
Agencia:

Contact Person: _____
Persona de contacto:

Phone: _____
Teléfono:

Tribal Notification: ☐ Yes ☐ No
Notificación a la tribu: ☐ Sí ☐ No

8. ☐ Nearest relatives/significant others ☐ Legal guardian/conservator
Familiares más cercanos/Parejas ☐ Tutor o curador legal

Relationship <i>Relación</i>	Name <i>Nombre</i>	Address <i>Dirección</i>	Phone <i>Teléfono</i>
---------------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------------

9. Alcohol/Drug History/Treatment _____
Antecedentes y tratamientos por drogas o alcohol

10. Witness: Available for hearing: ☐ Yes ☐ No
Testigo: Disponible para la audiencia: ☐ Sí ☐ No

a. _____	H: C: W:
----------	----------------

Relationship <i>Relación</i>	Name <i>Nombre</i>	Phone <i>Teléfono</i>
---------------------------------	-----------------------	--------------------------

b. _____	H: C: W:
----------	----------------

Relationship <i>Relación</i>	Name <i>Nombre</i>	Phone <i>Teléfono</i>
---------------------------------	-----------------------	--------------------------

11. Mental Health Provider information: ☐ Registered ☐ Terminated ☐ No Record or Unknown ☐ Enrolled: Provider/PCP: _____
Información del proveedor de servicios de salud mental: ☐ Registrado ☐ Cancelado ☐ Sin registros o desconocido ☐ Inscrito: Proveedor/PCP:

12. Other agencies involved with Respondent:
Otras agencias involucradas con la parte demandada:

Agency <i>Agencia</i>	Contact Person <i>Persona de contacto</i>	Phone <i>Teléfono</i>
--------------------------	--	--------------------------

13. BH-ASO of Residence: _____/DCR: _____
BH-ASO de residencia: _____/DCR: _____

Completed by: _____ <i>Elaborado por:</i>	Petitioner <i>Parte demandante</i>	Print Name <i>Nombre en letra de molde</i>
--	---------------------------------------	---