

Adjunte el formulario JV-220(A), *Declaración del médico que receta—Adjunto*, llenado y firmado con todos sus adjuntos, antes de presentar este formulario a la corte. Lea el documento JV-219-INFO, *Información acerca de los formularios de medicamentos psicotrópicos*, para obtener más información acerca de los formularios requeridos y el proceso de solicitud.

*El secretario pone el sello de la fecha aquí cuando se presenta el formulario.*

**Sólo para información**

**No entregue a la corte**

*Escriba el nombre y la dirección de la corte:*

**Corte Superior de California, condado de**

*Escriba el nombre y fecha de nacimiento del niño:*

**Nombre del niño:**

**Fecha de nacimiento:**

*El secretario pone el número de caso cuando se presenta el formulario.*

**Número de caso:**

**No entregue a la corte**

- ① Información acerca de donde vive el niño:
- a. El niño vive  con un familiar  en un hogar de crianza  con un miembro de la familia extendida que no es pariente  en un hogar de grupo regular  en un hogar de grupo de nivel 12-14  en un campamento para jóvenes  en un rancho para jóvenes  otro (*especifique*): \_\_\_\_\_
- b. Si corresponde, nombre de la institución donde vive el niño: \_\_\_\_\_
- c. Información de contacto del adulto responsable donde vive el niño:
- (1) Nombre: \_\_\_\_\_
- (2) Teléfono: \_\_\_\_\_

- ② Información acerca de la ubicación actual del niño:
- a.  El niño sigue en el lugar identificado en ①.
- b.  El niño está actualmente en:
- (1)  un hospital psiquiátrico (*nombre*): \_\_\_\_\_
- (2)  un centro juvenil (*nombre*): \_\_\_\_\_
- (3)  otro (*especifique*): \_\_\_\_\_

- ③  Trabajador social del niño  Funcionario de libertad condicional del niño
- a. Nombre: \_\_\_\_\_
- b. Dirección: \_\_\_\_\_
- c. Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

④ Número de páginas adjuntas: \_\_\_\_\_

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

*Escriba a máquina o letra de molde el nombre de la persona que llenó este formulario*

**Sólo para información**

*Firma*

- Personal de servicios de bienestar infantil (*firme arriba*)
- Personal del departamento de libertad condicional (*firme arriba*)
- Personal del consultorio médico (*firme arriba*)
- Encargado de atención (*firme arriba*)
- Médico que receta (*firme en la página 3 de JV-220(A)*)