

EN LA CORTE DE CIRCUITO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE \_\_\_\_\_

EN Y PARA EL CONDADO DE \_\_\_\_\_, FLORIDA

REFERENCIA: \_\_\_\_\_ CASO No.: \_\_\_\_\_

### Solicitud de Designación de Perito Examinador Independiente

El abajo firmante, \_\_\_\_\_, por el presente solicita al Tribunal que ordene un examen de perito independiente conforme a:

- Internación Involuntaria como Paciente Hospitalizado (Art. 394.467(6) (a)2, Leyes de Florida)
- Internación Involuntaria como Paciente Ambulatorio (Art. 394.467(6) (a)2, Leyes de Florida)
- Internación Continua como Paciente Ambulatorio (Art. 394.4599(2)(c) 5, Leyes de Florida)

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona o del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona o del Representante

cc: Marcar lo que corresponda y proporcionar la fecha/hora/inicial en que la copia fue provista:

Individuo	Fecha en que la copia fue provista	Hora en que la copia fue provista	Iniciales de la persona que proporcionó la copia
<input type="checkbox"/> Persona		a.m. p.m.	
<input type="checkbox"/> Curador		a.m. p.m.	
<input type="checkbox"/> Representante		a.m. p.m.	