



SOLICITUD DE SERVICIOS DE LA OFICINA DE TUTELA

La lista de verificación a continuación lo ayudará a identificar los documentos **requeridos** que debe enviar con la solicitud adjunta. Se debe proporcionar información de contacto precisa. Si ocurre algún cambio después de enviar la solicitud, comuníquese con nuestra oficina. Al no hacerlo puede resultar en el cierre de la aplicación. **La persona que necesita los servicios DEBE TENER 18 años o más.**

Por favor escriba claramente. Las solicitudes ilegibles o incompletas retrasarán el procesamiento.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al (505) 841-4549.

Las solicitudes pueden presentarse en persona o enviarse a través de:

Email: DDPCOOG.Intake@ddc.nm.gov

Fax: (505) 841-4455

U.S. Mail:

Oficina de tutela de DDC
Attn: Coordinador de admisión
625 Silver Avenue SW, Suite 100
Albuquerque, NM 87102

DEBE PRESENTAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA PERSONA QUE NECESITA TUTELA
*****LA FALTA DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA RESULTARÁ EN UN RETRASO EN EL PROCESAMIENTO*****

(1) Identificación

- Identificación emitido por el gobierno Tarjeta de Seguro Social/Número de identificación de contribuyente Individual

(2) Documentación financiera (**según corresponda**)

- Declaración de Impuestos Federales Actual Información de pensión Información de confianza
 Ingresos del Seguro Social Compensación por desempleo Manutención de los hijos
 Cupones de alimentos Otro: _____

(3) Documentación legal (**según corresponda**)

- Poder legal Directiva de asistencia sanitaria
 Responsable sustituto de la toma de decisiones N/A

(4) Informe del profesional sanitario (**formulario adjunto**)

DEBE PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA SI ES UN MIEMBRO DE LA FAMILIA / AMIGO Y ESTÁ SOLICITANDO SER EL TUTOR

*****LA FALTA DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA RESULTARÁ EN UN RETRASO EN EL PROCESAMIENTO*****

Si un miembro de la familia o un amigo puede y está dispuesto a servir como tutor, se considera que ese miembro o amigo de la familia está solicitando la tutela familiar y **debe proporcionar** su información financiera para determinar la elegibilidad .

(1) Identificación

- Identificación emitido por el Gobierno

(2) Documentación financiera (**según corespanda**)

- Declaración de Impuestos Federales Actuales Pensión Información de confianza
 Ingresos de la Seguridad Social Compensación por desempleo Manutención de los hijos
 Cupones de alimentos Otros: _____

SI EXISTE UNA TUTELA, DEBE PROPORCIONAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

*****LA FALTA DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA RESULTARÁ EN UN RETRASO EN EL PROCESAMIENTO *****

Si se solicita el nombramiento de un tutor sucesor; terminación de la tutela; o revisión del alcance de la autoridad de un tutor, deberá facilitarse la siguiente documentación:

(1) Documentos jurídicos de tutela

- Orden de tutela Cartas de tutela Cartas de aceptación de tutela
 Informe anual de tutela de los últimos dos años

Hay muchas alternativas a la tutela. ¿Qué alternativas se han intentado o considerado?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Poder legal | <input type="checkbox"/> Poder medico | <input type="checkbox"/> Poder notarial financiero |
| <input type="checkbox"/> Tutor de tratamiento | <input type="checkbox"/> Directiva Avanzada de Atención Médica | <input type="checkbox"/> Representante Beneficiario |
| <input type="checkbox"/> Responsable de la toma de decisiones sustituto | | <input type="checkbox"/> Fiduciario |
| | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Por favor visite www.nmddpc.com/guardianship_program para informarse sobre las alternativas a la tutela

¿Por qué estas alternativas no tuvieron éxito o no se intentaron?

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE PUEDE NECESITAR UN TUTOR

Nombre legal: _____
Nombre MI Apellido

Dirección física: _____

Ciudad Estado Código postal

Dirección de envío: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono

Estado civil: Soltero Casado Otro Significaante Divorciado Viudo/Viuda

Género: _____ **Origen étnico:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Número de seguro social:** _____

Lenguaje primario: _____ **¿Se necesitan servicios de intérprete?** Sí No

Arreglo de vida actual:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vive Solo | <input type="checkbox"/> Internado/hogar de grupo | <input type="checkbox"/> Proveedor de vida apoyado |
| <input type="checkbox"/> Vive con la familia/apoyo | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Proveedor de vida familiar |
| <input type="checkbox"/> Tierra Tribal/ Reserva | <input type="checkbox"/> Instalación | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sin hogar | <input type="checkbox"/> Encarcelado | |

Si la persona está actualmente en un hospital/centro o está encarcelada, por favor complete lo siguiente:

Nombre del hospital/centro _____
Direccion Ciudad Estado Codigo Postal

Persona de contacto con su título o cargo electrónico de la persona de contacto

Número de teléfono y dirección de correo

Describe cómo se comunica mejor la persona: _____

Seleccione todo lo que corresponda a la persona:

- Remisión a servicios de protección de adultos
- Partido del asentamiento de Foley
- Miembro de la clase Jackson
- Veterano

¿Está la persona actualmente recibiendo o esperando alguno de los siguientes beneficios?

- Registro central/Lista de espera de exención de DD
- Gestión de casos / coordinación de la atención
- Exención de DD
- Fondos Generales del Estado
- Exención de Mi Via
- Beneficio comunitario autodirigido

INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD MENTAL DE LA PERSONA QUE PUEDE NECESITAR UN TUTOR

DIAGNÓSTICOS PRIMARIOS: _____

Riesgos de salud y seguridad para la persona que puede necesitar un tutor (Seleccione todo lo que corresponda)

- Condición(s) médica crónica
- Rechaza la medicación
- Peligro para sí mismo
- Medicamente Frágil
- Se niega a recibir atención médica
- Peligro para los demás
- Incapaz de cuidar de sí mismo
- Abuso de sustancias
- Explotación financiera
- Condiciones de vida inadecuadas
- Fuga/riesgo de fuga
- Otros: _____

Para cualquier riesgo controlado, ¿cómo se están abordando actualmente?

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Nombre del médico: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad *Estado* *Código postal*

Número de teléfono *Dirección de correo electrónico*

¿La persona tiene seguro médico?

- Medicaid Institucional
- MCO de Medicaid
- Medicare
- Seguro médico privado: _____
- Otros: _____
- Ninguno

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS Y INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA PERSONA QUE PUEDE NECESITAR UN TUTOR

*****DEBE PROPORCIONAR INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CON LA APLICACIÓN*****

Fuente(s) Financiera(s)	Cantidad Mensual	Fuente(s) Financiera(s)	Cantidad Mensual
<input type="checkbox"/> Jubilación/Pensión	\$ _____	<input type="checkbox"/> Fideicomiso	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSDI	\$ _____	<input type="checkbox"/> Salario	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSI	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____

Ingresos mensuales totales de todas las fuentes (proporcione documentación):\$ _____

¿La persona tiene una cuenta bancaria? Sí No

¿La persona es propietaria de bienes inmuebles (por ejemplo, casa, condominio, propiedad de alquiler, terreno)?

Sí No Si está marcada la opción "sí", proporcione la dirección completa de la propiedad:

Dirección Ciudad Estado Código postal

¿La persona reside en la propiedad mencionada anteriormente? Sí No

BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL

¿La persona tiene un representante del beneficiario designado por la Administración del Seguro Social?

No Sí _____
Nombre de la agencia o persona que actúa como fiduciario

En caso afirmativo

Dirección postal: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Dirección de correo electrónico

BENEFICIOS PARA VETERANOS

Si la persona recibe beneficios para veteranos, ¿tiene la persona un fiduciario designado por el Departamento Federal de Asuntos de Veteranos?

No Sí _____
Nombre de la agencia o persona que actúa como fiduciario

Dirección postal: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Dirección de correo electrónico

FIDEICOMISO

¿La persona tiene un fideicomiso con un fideicomisario?

No Sí _____
Nombre de la agencia o persona que actúa como fiduciario

Dirección postal: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Dirección de correo electrónico

LA LEY DE NUEVO MÉXICO REQUIERE QUE PERSONAS ESPECÍFICAS SEAN NOTIFICADAS DE UN CASO DE LA CORTE DE TUTELA

Los padres de la persona que necesita tutela

Ambos padres (ya sean biológicos o adoptivos) **DEBEN** ser identificados. Si alguno de los padres ha fallecido, por favor identifique

Nombre de la madre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del padre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad

Estado

Código postal

¿La persona que necesita tutela tiene un cónyuge u otro adulto con quien ha demostrado un compromiso similar al de un matrimonio?

No Sí _____
Nombre del / esposo/a o pareja

En caso afirmativo, dirección postal: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

¿Tiene la persona hermanos o hermanas vivos mayores de 18 años? (Debe incluir a todos los hermanos adultos relacionados con la sangre, incluso si la persona ya no interactúa con ellos)

No Sí En caso afirmativo, ¿cuántos? _____

Haga una lista de los nombres, números de teléfono y direcciones postales de cada hermano adulto. Si hay más de dos hermanos, DEBE adjuntar una hoja separada con sus nombres, números de teléfono y direcciones postales.

Nombre del hermano #1: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

Nombre del hermano #2: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

¿La persona tiene hijos adultos vivos o hijastros?

Haga una lista de los nombres, números de teléfono y direcciones postales de cada hijo adulto. Si hay más de dos niños, **DEBE** adjuntar una hoja separada con sus nombres, números de teléfono y direcciones postales.

Nombre Hijo o hija adulto #1: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad *Estado* *Código postal*

Nombre Hijo o hija adulto #2: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad *Estado* *Código postal*

Si no hay padres vivos, hijos adultos o hermanos adultos, proporcione el pariente de sangre más cercano que se pueda encontrar (es decir, tía, tío, abuelo/a, primo/a):

Nombre : _____ Relación: _____

Dirección postal: _____

Ciudad *Estado* *Código postal*

Número de teléfono Dirección de correo electrónico

¿Hay alguna persona que haya ayudado rutinariamente a la persona con la toma de decisiones en los últimos seis meses?

No Sí _____
Nombre de la persona y relación

Dirección postal: _____

Ciudad *Estado* *Código postal*

Número de teléfono *Dirección de correo electrónico*

Al firmar a continuación, reconozco que he respondido sinceramente lo mejor que puedo. Entiendo que la Oficina de Tutela se reserva el derecho de otorgar servicios basados en fondos y recursos disponibles.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ESTÁ SOLICITANDO TENER UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, AMIGO O USTED MISMO DESIGNADO COMO TUTOR

(omita esta sección si solicita un tutor profesional)

INFORMACIÓN PROPUESTA DEL TUTOR:

Nombre legal: _____
Nombre Inicial Apellido

Dirección física: _____

Ciudad Estado Código postal

Dirección postal: _____
(solo si es diferente del anterior)

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Dirección de correo electrónico

Relación con la persona Idioma principal del tutor propuesto

¿ESTÁ BUSCANDO UNA CITA PARA UN CO-TUTOR? (La información financiera para el co-tutor debe enviarse con esta solicitud)

Sí (proporcione información a continuación) No

Nombre legal: _____
Nombre Inicial Apellido

Dirección física: _____

Ciudad Estado Código postal

Dirección postal: _____
(solo si es diferente del anterior)

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Dirección de correo electrónico

Relación con la persona Idioma principal del tutor propuesto

**ELEGIBILIDAD DE INGRESOS DEL TUTOR NO PROFESIONAL PROPUESTO
SI ESTÁ SOLICITANDO TUTOR Y UN SEGUNDO TUTOR LA INFORMACIÓN FINANCIERA DEBE ENVIARSE CON
LA SOLICITUD*****

La ley de Nuevo México requiere que cualquier tutor no profesional y no certificado sea financieramente elegible para los servicios a través de la Oficina de Tutela.

¿Cuántas personas viven en la casa del tutor propuesto? _____

¿Cuál es el ingreso mensual total del hogar? (adjuntar documentación): \$ _____

FIRMA PRINCIPAL PROPUESTA DEL TUTOR

Al firmar a continuación, reconozco que he respondido sinceramente lo mejor que puedo. Entiendo que la Oficina de Tutela se reserva el derecho de otorgar servicios basados en fondos y recursos disponibles.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL TUTOR SECUNDARIO

Al firmar a continuación, reconozco que he respondido sinceramente lo mejor que puedo. Entiendo que la Oficina de Tutela se reserva el derecho de otorgar servicios basados en fondos y recursos disponibles.

Nombre impreso de Segundo Tutor: _____

Firma: _____

Fecha: _____

PART II

**REPORT OF
HEALTHCARE**

**MUST BE
SUBMITTED WITH
COMPLETED
APPLICATION**

STATE OF NEW MEXICO
COUNTY OF _____

_____ JUDICIAL DISTRICT COURT

Case No. _____

IN THE MATTER OF
THE ADULT GUARDIANSHIP PROCEEDING FOR _____,
A PERSON IN NEED OF PROTECTION.

REPORT OF HEALTH CARE PROFESSIONAL

HEALTH CARE PROFESSIONAL:

Health Care Professional's Name _____
Qualifications (e.g., M.D., Ph.D., PA-C, RN, LMHC, etc.)

Agency/Provider Name _____
Alternative Contact Person and Title

Address: _____

City *State* *Zip Code*

Mailing Address: _____
(Only If Different From Above)

City *State* *Zip Code*

Phone Number _____
Email Address

My Training and Experience Aids in the Assessment of Functional Impairment/Capacity: Yes No

I am Duly Authorized and Licensed in the State of New Mexico as a:

- Physician
- Physician Assistant
- Nurse Practitioner
- Psychologist
- Mental Health or Behavioral Health Care Professional: _____
- Other Health Care Professional: _____

PERSON WHO MAY NEED A GUARDIAN:

Legal Name: _____
First Name *MI* *Last Name*

Preferred Name (if applicable): _____
First Name *MI* *Last Name*

PERSON WHO MAY NEED A GUARDIAN CONT'D:

Gender: _____ DOB: ____/____/____

Primary Language: _____ Ethnicity: _____

Health Care Professional's Date of Evaluation: ____/____/____

The person is under my continuing treatment/care beginning on or about: ____/____/____

Evaluation was Conducted at:

Person's Residence Medical Facility Other: _____

Source of Information:

- Interview with the person
- Interview with collateral contact(s) (list names and dates):

- Records reviewed (e.g., medical, legal, financial) (list document and date, if possible):

EVALUATION OF THE PERSON'S PHYSICAL CONDITION

PHYSICAL DIAGNOSES:

Prognosis:

Treatment/Medical History (e.g., hospitalizations, surgeries, comprehensive testing):

PERSON'S PHYSICAL CONDITION CONT'D

The person's physical health affects their ability to make or communicate decisions. Yes No

If you checked "yes," to what extent is improvement of the condition(s) likely and after what period should the person be re-evaluated to determine whether a guardianship continues to be necessary?

EVALUATION OF THE PERSON'S MENTAL AND BEHAVIORAL HEALTH FUNCTIONING

MENTAL AND BEHAVIORAL HEALTH DIAGNOSES:

Prognosis:

Treatment/Medical History (e.g., hospitalizations, in/out patient treatment, comprehensive testing):

The person's mental and behavioral health affects their ability to make or communicate decisions. Yes No

If you checked "yes," to what extent is improvement of the condition(s) likely and after what period should the person be re-evaluated to determine whether a guardianship remains necessary?

COGNITIVE STATUS

A Mental Status Examination or similar test was conducted (if yes, attach copy). Yes No

The Person is Oriented to the Following (check all that apply):

Person Time Place Situation

The Person Demonstrates Cognitive Impairment in the Following Areas (check all that apply):

- Attention and Information Processing
- Memory (e.g. difficulty tracking a conversation, tangential associations, repeating questions throughout an interview, difficulty learning or retaining and recognizing new information)
- Communication and Understanding (Verbally or Otherwise)
- Recognizing Familiar Objects and Persons
- Planning, Initiating, and Self-Monitoring Problem-Solving Responses
- Logical Reasoning
- Grasping Abstract Aspects of Their Situation
- Identifying and Self-Correcting Errors
- Breaking Down Complex Tasks into Simple Steps and Carrying Them Out
- Self-Regulating Mood and Behavior
- Loss of Insight and Self-Awareness

Please explain further, if the person's cognitive status indicated above (if any) varies substantially in frequency, severity, or duration:

ABILITY TO MAKE OR COMMUNICATE DECISIONS

Can the Person Initiate, Make and Communicate Decisions in Regard to the Following:

- | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Complex Business and Financial Decisions | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |
| Engage in Estate Planning | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |
| Personal Bank Account Management | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |
| Designate Power of Attorney | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |
| Safe Operation of a Motor Vehicle | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |
| Determination of Residence | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |
| Administration of Medications as Prescribed | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |
| Informed Consent | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |
| Consideration of Provider's Instructions/Recommendations | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |
| Consent to Medical and Dental Treatment | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |
| Consent to Psychological and Psychiatric Treatment | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unknown |

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADLs):

Mark all that apply: The person can complete the following IADLs without assistance, with assistance, needs total assistance, or unknown.

IADLs	w/o Assistance	w/Assistance	Total Assistance	Unknown
Routine Bill Paying				
Investing/Handling Large Sums of Money				
Accessing Emergency Response				
Choosing/Planning Enjoyable Activities				
Cleaning/Housework				
Laundry				
Arranging Transportation or Driving Self				
Shopping				
Meal Preparation/Cooking				
Arranging/Directing Own Care Services				
Arranging Medical Appointments				
Following Health Care Provider's Recommendations				
Administering Own Medication as Prescribed				

ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADLs):

Mark all that apply: The person can complete the following ADLs without assistance, with assistance, needs total assistance, or unknown.

ADLs	w/o Assistance	w/Assistance	Total Assistance	Unknown
Bathing				
Toileting				
Oral Care				
Eating/Drinking				
Grooming/Shaving				
Dressing/Undressing				
Ambulating				

Additional Comments/Observations:

RECOMMENDED CARE AND LIVING ARRANGEMENTS

- Does the person have a neurocognitive disorder? Yes No
- Do you recommend the person be transferred to a long-term care facility that specializes in memory/dementia care? Yes No
- Do you recommend the person is administered medications appropriate for the care and treatment of neurocognitive disorders? Yes No
- Does the person have a developmental disability? Yes No
- Is the person receiving services through the Developmental Disabilities Waiver? Yes No
- If not already receiving services through the Developmental Disabilities Waiver, do you recommend the person apply? Yes No
- Does the person have a psychiatric or behavioral health diagnosis? Yes No
- Is the person likely to require treatment for their psychiatric condition? Yes No
- Is the person likely to require a mental health treatment guardian? Yes No
- Is chronic substance abuse a primary concern? Yes No
- Is the person experiencing homelessness? Yes No
- Does the person require caregiver monitoring and/or assistance? Yes No
- Is the person able to live at home with support, supervision or monitoring? Yes No
- Do you recommend the person be transferred to an assisted living, long-term care, or rehabilitation facility? Yes No
- Does the person currently have sufficient capacity to give informed consent to the administration of medications? Yes No

EVALUATION OF CAPACITY

Based upon my Observations and Evaluation it is my Opinion that the Person is Incapacitated in the Following Specific Areas of Decision-Making:

- Financial Decisions** ----- Retains Full Capacity Partially Incapacitated Incapacitated
- Healthcare Decisions** ----- Retains Full Capacity Partially Incapacitated Incapacitated
- Mental Healthcare Decisions** ----- Retains Full Capacity Partially Incapacitated Incapacitated
- Independent Living** ----- Retains Full Capacity Partially Incapacitated Incapacitated
- Other (Please Specify Below)** ----- Retains Full Capacity Partially Incapacitated Incapacitated

Additional Comments/Observations:

Indicate the Level of Incapacity Below:

RETAINS FULL CAPACITY

The person is not incapacitated and is able to make reasonable arrangements for their care and safety as well as for their personal and financial matters.

PARTIALLY INCAPACITATED

The person lacks the capacity to do some, but not all, of the tasks necessary to care for them self or to manage their property.

TOTALLY INCAPACITATED

The person is totally without capacity (1) to care for them self and (2) to manage their property.

EVIDENCE OF ABUSE, NEGLECT, OR EXPLOITATION

Do you have any concern that this person might be vulnerable to abuse, neglect, or exploitation? Yes No

If checked "yes," please explain:

ABILITY TO ATTEND COURT HEARING

Are there safety concerns preventing the person from attending and participating in the court hearing for guardianship? Yes No

Does a current medication or medical treatment affect the person's ability to participate fully (and safely) in the court hearing for guardianship? Yes No

If you checked "yes," to the last question, please explain:

ADDITIONAL INFORMATION OF BENEFIT TO THE COURT

I have attached additional information or concerns that is not included above, that may assist the court in resolving the issue of capacity of the person. Yes No

By signing below, I acknowledge that I have answered truthfully to the best of my ability. My medical opinions and recommendations are supported by observation, medical records, social history, assessments and reports.

Printed Name & Credentials: _____

Signature: _____

Date: _____

APPENDIX – REPORT OF HEALTH CARE PROFESSIONAL

Pursuant to the New Mexico Uniform Probate Code, **NMSA 1978, § 45-5-303(E)**:

The person alleged to be incapacitated shall be examined by a qualified health care professional appointed by the court who shall submit a report in writing to the court.

The report shall:

- (1) describe the nature and degree of the alleged incapacitated person's incapacity, if any, and the level of the alleged incapacitated person's intellectual, developmental and social functioning; and
- (2) contain observations, with supporting data, regarding the alleged incapacitated person's ability to make health care decisions and manage the activities of daily living.

For purposes of this evaluation, pursuant to the New Mexico Uniform Probate Code, **NMSA1978, § 45-5-101**, the following definitions apply:

Functional Impairment means “an impairment that is measured by a person's inability to manage the person's personal care or the person's inability to manage the person's estate or financial affairs or both.”

Incapacitated Person means “any person who demonstrates over time either partial or complete functional impairment by reason of mental illness, mental deficiency, physical illness or disability, chronic use of drugs, chronic intoxication or other causes, except minority, to the extent that the person is unable to manage [their] personal affairs or the person is unable to manage [their] estate or financial affairs or both.”

Inability to Manage the Person's Personal Care means “the inability, as evidenced by recent behavior, to meet one's needs for medical care, nutrition, clothing, shelter, hygiene or safety so that physical injury, illness or disease has occurred or is likely to occur in the near future.”

Inability to Manage the Person's Estate or Financial Affairs or Both means “gross mismanagement, as evidenced by recent behavior, of one's income and resources or medical inability to manage one's income and resources that has led or is likely in the near future to lead to financial vulnerability.”