

<input type="checkbox"/> IN THE CIRCUIT COURT OF THE ELEVENTH JUDICIAL CIRCUIT IN AND FOR MIAMI-DADE COUNTY, FLORIDA. <input type="checkbox"/> IN THE COUNTY COURT IN AND FOR MIAMI-DADE COUNTY, FLORIDA.		
DIVISION FAMILY	BAKER ACT INTAKE SHEET	CASE NUMBER
Name of the person needing help (Nombre de la persona que necesita ayuda): <hr/> Address (Direccion): _____ <hr/>		CLOCK IN
Date of Birth (Fecha de Nacimiento):		Age (Edad):
Race (Raza):	Height (Estatura):	Weight (Peso):
1. Why do you believe this person is mentally ill? (Por que cree usted que esta persona tiene problemas mentales)?		
2. Has this person refused to go to a doctor or clinic of his/her own will? (Ha rechazado esta persona ir a un medico o clinica por su propia cuenta?)		
3. Is this person able to decide for him/herself if he/she need help? Why? [give example]. (Puede esta persona decidir por si mismo si necesita ayda? Por que?) [de ejemplo].		
4. Without treatment is this person likely to suffer from neglect/refuse to care for him/herself? [give example] (Sin un tratamiento puede esta persona posiblemente sufrir/por abandono rehusar cuidarse por si misma?) [De ejemplo].		
5. Is this person threatening, attempting or causing harm to him/herself or others? Give example of an incident. (Es esta persona peligrosa por si mismo, o tal vez para personas a su alrededor? De un ejemplo de lo que ocurrido.)		
6. Any additional comments? (Algun Comentario adicional?)		
Your Name (Su nombre):		Phone (Telefono):
Address (Direccion):		
Relation to the person (Parentesco con la persona):		
Produced Identification (Clerks use Only):		