REQUEST FOR MEDICAL EXCUSE FROM JURY SERVICE / *(SOLICITUD DE EXENCIÓN DE OBLIGACIÓN DE DESEMPEÑO COMO JURADO POR MOTIVO DE SALUD)*
A.R.S. § 21-202

If a patient requests to be excused from jury service for reasons related to mental or physical conditions, Arizona law requires a written statement from a physician, physician assistant, or registered nurse practitioner ("RNP") licensed by the state of Arizona. If a prospective juror does not have a physician, physician assistant, or RNP, a professional caregiver may complete this form. The professional caregiver must be deemed acceptable by the court or jury commissioner for this purpose. / *(Si un paciente solicita que se le exima del desempeño del cargo de jurado por motivo de salud física o mental, la ley de Arizona exige que se presente una declaración por escrito de un médico, asistente médico o enfermero acreditado (RNP por sus siglas en inglés) con licencia profesional del estado de Arizona. Si el posible miembro del jurado no se encuentra bajo el cuidado de un médico, asistente médico o un RNP, un cuidador profesional podrá completar este formulario si el tribunal o el funcionario encargado de la citación de los jurados considera a dicha persona apta para este fin.)*

Some mental and physical problems do not warrant an excuse from service but may warrant a postponement. For any excuse that you provide, please be aware that you may be called to testify before the court about your representations regarding your patient's inability to perform jury service. ALL questions must be answered legibly. If not, this application will be considered incomplete and invalid. / *(Algunos padecimientos tanto físicos como mentales no justifican una exención del cargo de jurado, sin embargo, es posible que justifiquen un aplazamiento del mismo. Tenga en cuenta que con cualquier justificante que usted proporcione, es posible que se le cite ante el tribunal para dar testimonio sobre sus representaciones en cuanto a la incapacidad del paciente para desempeñar el cargo del jurado. Se deben contestar a TODAS las preguntas de forma legible. De no ser así, la solicitud se considerará incompleta y nula.)*

Patient Name: / *(Nombre del paciente)* _____

DOB: / *(Fecha de nacimiento XX-XX-XXXX):* _____

Juror Badge No.: / *(Número del gafete del miembro del jurado):* _____

Address: / (*Dirección):* _____

State: / *(Estado):* _____ **Zip Code:** / *(Código postal):* _____

Describe any mobility, physical or mental restrictions that make the prospective juror unfit for jury service: / *(Describa cualquier restricción física, mental o motriz que impida que el posible miembro del jurado desempeñe el cargo de jurado):*

_____

List the specific symptoms that make this person unfit for jury service and state how long these symptoms have occurred: */ (Describa los síntomas específicos que impiden que esta persona desempeñe el cargo de jurado):*

_____

When will this person be able to serve as a juror?: / *(¿Cuándo podrá esta persona desempeñar el cargo de jurado?):* _____

Is the patient: / *(¿El paciente está):* [ ] **employed** / (*X empleado*), [ ] u**nemployed** / (*X desempleado),* [ ] **retired** / *(X jubilado)*?

Print Name of Physician, Physician Assistant, RNP, or Professional Caregiver:
(Escriba en letra de molde el nombre del médico, asistente médico, RNP o cuidador profesional):

_____

Business Address: / *(Domicilio social):* _____

State: / *(Estado):* _____ **Zip Code:** / *(Código postal):* _____

Business Phone: / *(Número de teléfono de oficina):* _____

Specialty: / *(Especialidad médica):* _____

Physician License Number: / *(Número de licencia de medico):* _____

Physician Assistant License Number: / *(Número de licencia de asistente medico)*: _____

Nurse Practitioner Certificate Number: / *(Número de certificado de enfermero)*: _____

I swear or affirm under penalty of perjury under the laws of the State of Arizona that the contents of this document are true and correct to the best of my knowledge and belief. / *(Juro o afirmo bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del estado de Arizona que el contenido del presente documento es fiel y exacto según mi leal saber y entender.)*

_____
Signature of Physician, Physician Assistant, RNP, or Professional Caregiver
(Firma del médico, asistente médico, RNP o cuidador profesional)

Date: / *(Fecha XX-XX-XXX):* _____

This document is not a public record and shall not be disclosed to the general public. / (*Este documento no forma parte del registro público y no se revelará al público general.)*
A.R.S. § 21-202(B)(1)(c)