

**AVISO AL PACIENTE INVOLUNTARIO
(PARA LEERSE Y DARSE AL PACIENTE
CUANDO SE LE ADMITA)**
MH 303 E/S (1/05)

**Confidencial Información Paciente Vea
W&I Código Sección 5328 y HIPAA
Privacy Regla 45 CFR Sección 164.508**

Nombre del Establecimiento _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Admisión _____

La Sección 5157 (c) y (d) del Código de Bienestar e Instituciones (W & 1) requiere que cada persona admitida para una evaluación de 72 horas reciba información específica oralmente y por escrito, y que se conserve un registro del aviso en el registro médico del paciente.

Me llamo _____ Mi puesto aquí es _____

Se le está colocando a usted en este establecimiento psiquiátrico porque es la opinión del personal profesional, que como resultado de un desorden mental, usted es: (marque en el lugar apropiado)

- Un peligro a si mismo Un peligro a otras Una persona gravemente deshabilitada (no puede proveer su propio alimento, ropa, o alberque)

(Escríbase la evidencia específica verificando la razón por/a cual se le ha detenido)::

Creemos esto porque _____

Usted será detenido por un período de hasta 72 horas. Esto (no) incluye fines de semana y días de fiesta. Su período de 72 horas comenzará: _____
(hora y fecha)

Su período de 72 horas de evaluación y tratamiento terminará a las: _____
(hora y fecha)

Durante estas 72 horas el personal del hospital lo evaluará, y el tratamiento que reciba puede incluir medicamentos. Es posible que se le deje salir antes del final de las 72 horas. Pero si el personal profesional decide que usted necesita que continúe el tratamiento, se le puede detener por un período más largo, si se le detiene más de 72 horas, usted tiene el derecho a un abogado y a un intérprete calificado y a una audiencia ante un juez. Si usted no puede pagarle al abogado, entonces se le proporcionará uno gratis.

La ley del Estado supone que usted está competente, a pesar de que usted fue evaluado o tratado por un desorden mental como paciente voluntario o involuntario.

Causa Adecuada para un Aviso Incompleto _____

Fecha _____

Aviso completado Por _____

Puesto _____

Fecha _____

CC: Original al Paciente
Copia al registro del Paciente