

### SOLICITUD PARA ADMISIÓN VOLUNTARIA

Institución \_\_\_\_\_ Fecha de la Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del Admitido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del Seguro Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Condado) (Estado) (Zona Postal)

- Yo soy la persona que busca la admisión, tengo 18 años de edad o soy mayor
- Yo soy la persona interesada, de 18 años o mayor, que por petición de la persona nombrada arriba busca la admisión de esa persona
- Yo soy un menor, de 16 años o mayor, yo entiendo que mis padres, tutor o persona en loco parentis será avisado inmediatamente.

Yo designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que se les avise :

- de mi admisión
- cuando mis derechos sean restringidos
- quiero que no avisen a nadie.

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Me han informado sobre los "DERECHOS DE SER ADMITIDO VOLUNTARIAMENTE", contenidos en la segunda página. Se me ha dado una copia de los "DERECHOS DEL INDIVIDUO", en la que se declaran detalladamente mis derechos como individuo que recibe servicios. Yo entiendo que me darán una copia de este formulario cuando sea admitido. Además, entiendo que una copia de este formulario será entregada a la persona que me acompañe, a cualquiera de mis padres, tutor, pariente, o abogado que yo indico.

Si soy admitido, yo (el paciente) debo cumplir con las reglas y regulaciones de la institución. Entiendo que en cualquier momento la institución puede darme de alta (como paciente) cuando sea clínicamente indicado.

Marque aquí si el admitido busca e indica aceptación de su admisión voluntaria PERO rehúsa firmar el formulario.

Nombre: Persona admitida o persona interesada por petición de la persona que busca admisión.

Firma: Persona admitida o persona interesada por petición de la persona que busca admisión.      Edad      Parentesco con el admitido

Testigo - Nombre \_\_\_\_\_

Testigo - Firma \_\_\_\_\_

Testigo - Nombre \_\_\_\_\_

Testigo - Firma \_\_\_\_\_

Yo certifico que el individuo no está apto clínicamente para la admisión informal debido a las siguientes razones:

Yo certifico lo siguiente: que la persona mencionada arriba ha sido examinada y es considerada clínicamente apta para admisión voluntaria, que el individuo tiene la capacidad para dar consentimiento para la admisión voluntaria, que puede entender que está siendo admitido(a) a una institución de salud mental y que registrando una petición por escrito, puede solicitar darse de alta en cualquier momento, la petición para darse de alta no es automática y, que entiende que dentro de 5 días laborales de recibir la petición por escrito para darse de alta, la institución tiene que darle de alta o iniciar procedimientos civiles para ser internado.

Yo he explicado los derechos contenidos al reverso de este formulario en

- Inglés
- Español
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Yo también le daré una copia de este formulario a la persona que sea designada (padres, tutor, pariente, abogado o amigo(a) que le acompaña). Y, si la persona es un menor de 16 años de edad o mayor, yo avisaré al padre, tutor o persona en loco parentis. Yo, también he dado a la persona una copia de los "DERECHOS DEL INDIVIDUO". Yo he atestado la firma y he verificado el consentimiento del individuo, si esta solicitud ha sido firmada por una persona interesada. El individuo fue admitido o ha firmado voluntariamente el:

\_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_  
(fecha - mes y día) (año) (hora)

Nombre y Título del empleado: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Para el director de la institución: \_\_\_\_\_

### **Derechos del Paciente Admitido Voluntariamente**

- \* Usted tiene derecho a pedir que le den de alta de esta institución. Su petición tiene que ser por escrito.
- \* Después de que usted entrega su petición, la institución tiene que darle de alta, lo más pronto posible. esto nunca debe exceder 5 días, excluyendo sábados, domingos, y días feriados, a menos que usted tenga la tendencia de causarse o causar a otros daño físico severo en un futuro inmediato.
- \* Si el director del centro cree que usted tiene la tendencia de causarse o de causar daño físico a otros, el/ella tiene que registrar una petición en el tribunal y 2 certificados dentro del mismo periodo de 5 días. Entonces, usted tendrá una audiencia en el tribunal y el tribunal determinará si usted tiene que quedarse en la institución.
- \* Usted tendrá el derecho de retirar su petición para ser dado de alta, si decide quedarse internado en la institución. treinta días después de su admisión, si usted no ha sido dado de alta, el director de la institución determinará si usted necesita más hospitalización. Si el director de la institución determina que usted debe seguir internado, el/ella o su designado, consultará con usted, Si usted no está de acuerdo en quedarse, su declaración será considerada como petición, para que le den de alta (como dice arriba). Posteriormente, cada 60 días, el director de la institución revisará su expediente y consultará con usted.
- \* Como regla general, usted no pierde ninguno de los derechos legales, beneficios o privilegios simplemente porque ha sido admitido (a) a una institución para enfermos mentales (vea su copia de los "Derechos del Paciente"). Pero, usted debe saber que las personas que son admitidas a instituciones de salud mental no califican para obtener tarjetas de identificación para poseer armas de fuego, o pueden perder tales tarjetas obtenidas antes de la admisión.

La Comisión de Abogacía y Custodia es una agencia estatal que cosnta de tres divisiones: Servicios de Abogacía Legal, Autoridad de Derechos Humanos y Oficina de Custodia Estatal. La Comisión se ubica en las siguientes oficinas:

#### **East Central Regional Office**

2125 S. First Street  
Champaign, IL 61820  
Teléfono: (217) 278-5577  
Fax: (217) 278-5588  
TTY: (866) 333-3362

#### **Peoria Regional Office**

401 N. Main Street, Suite 620  
Peoria, IL 61602  
Teléfono: (309) 671-3030  
Fax: (309) 671-3060  
TTY: (866) 333-3362

#### **Rockford Regional Office**

4302 N. Main Street, Suite 108  
Rockford, IL 61103  
Teléfono: (815) 987-7657  
Fax: (815) 987-7227  
TTY: (866) 333-3362

#### **Egyptian Regional Office**

#7 Cottage Drive  
Anna, Illinois 62906-1669  
Teléfono: (618) 833-4897  
Fax: (618) 833-5219  
TTY: (866) 333-3362

#### **West Suburban Regional Office**

Madden Mental Health Center  
1200 S. First Avenue , P.O. Box 7009  
Hines, IL 60141  
Teléfono: (708) 338-7500  
Fax: (708) 338-7505  
TTY: (866) 333-3362

#### **Metro East Regional Office**

Holly Bldg., 4500 College  
Suite 100  
Alton, IL 62002  
Teléfono: (618) 474-5503  
Fax: (618) 474-5517  
TTY: (866) 333-3362

#### **North Suburban Regional Office**

9511 Harrison Avenue  
Des Plaines, Illinois 60016  
Teléfono: (847) 294-4264  
Fax: (847) 294-4263  
TTY: (866) 333-3362

#### **Chicago Regional Office**

160 N. La Salle Street  
Suite S500  
Chicago, IL 60601  
Teléfono: (312) 793-5900  
Fax: (312) 793-4311  
TTY: (866) 333-3362

#### **Springfield Regional Office**

521 Stratton Building  
401 S. Spring Street  
Springfield, IL 62706  
Teléfono: (217) 785-1540  
Fax: (217) 524-0088  
TTY: (866) 333-3362

Equip for Equality, Inc. es una organización independiente, sin fines de lucro que administra el sistema de protección federal y abogacía para las personas con discapacidades en Illinois. Equip for Equality., provee asistencia para auto-abogacía, servicios legales, educación, abogacía para regulación pública e investigaciones de abuso. Las oficinas están ubicadas en:

#### **Main/Chicago Office**

20 N. Michigan, Ste 300  
Chicago, Illinois 60602  
(800) 537-2632 or  
(312) 341-0022  
TTY: (800) 610-2779  
Fax: (312) 541-7544

#### **Central Illinois**

1 West Old Capitol Plaza, Suite 816  
Springfield, IL 62701  
(217) 544-0464  
(800) 758-0464  
TTY: (800) 610-2779  
Fax: (217) 523-0720

#### **Northwestern Illinois**

1515 Fifth Avenue, Suite 420  
Moline, IL 61265  
(309) 786-6868  
(800) 758-6869  
TTY: (800) 610-2779  
Fax: (309) 797-8710

#### **Southern Illinois**

300 E. Main Street, Suite 18  
Carbondale, IL 62901  
(618) 457-7930  
(800) 758-0559  
TTY: (800) 610-2779  
Fax: (618) 457-7985

Website: [www.equipforequality.org](http://www.equipforequality.org)