PETICIÓN PARA ADMISIÓN AMBULATORIA INVOLUNTARIA

ESTADO DE ILLINOIS

TRIBUNAL DE DISTRITO DEL DISTRITO JUDICIAL DE _____

CONDADO _____

EN EL ASUNTO DE:

_____)
(Nombre del Demandado))

Número del Caso:_____

Quien se declara es la persona sujeta a admisión ambulatoria involuntaria y por la que se hace esta petición iniciada debido a: (seleccione uno)

☐ Admisión como paciente ambulatorio basado en orden judicial; (405 ILCS 5/3-750).

☐ El demandado expresó por escrito su deseo de darse de alta; (405 ILCS 5/3-403).

☐ El demandado no reafirmó el deseo de continuar el tratamiento; (405 ILCS 5/3-404).

☐ El demandado continua sujeto a admisión involuntaria; (405 ILCS 5/3-813).

Yo declaro que: _____ ies: (marque todo lo que aplica)

☐ Una persona que puede cumplir con el criterio para admisión como paciente interno como se especifica en la Sección 1-119* en ausencia de tratamiento como paciente ambulatorio para el que el tratamiento ambulatorio sólo se puede asegurar razonablemente por medio de una orden judicial que requiere dicho tratamiento; o

☐ Una persona con una enfermedad mental, que si no es tratada, se espera razonablemente que resulte en incremento de los síntomas causados por la enfermedad hasta el punto en que la persona pueda cumplir el criterio de compromiso en la Sección 1-119*, y cuya enfermedad mental ha causado, en más de una ocasión en el pasado, que la persona rehúse los servicios apropiados de salud mental que necesita en la comunidad.

---

*1-119 (1): Una persona que es enfermo mental y que debido a su enfermedad se anticipa razonablemente, a menos que sea tratado como paciente internado, que participe en conducta que coloca a esa persona o a otras personas en peligro de ser lastimados físicamente o en expectativa razonable de ser lastimados físicamente;

(2): Una persona que es enfermo mental y que debido a su enfermedad no puede proveerse sus necesidades físicas básicas tal como cuidarse de daño físico grave sin ayuda de la familia o de otros a menos que sea tratado como paciente internado;

(3): Una persona que es enfermo mental que:

(i) rehúsa tratamiento o no sigue adecuadamente al tratamiento prescrito;

(ii) debido a la naturaleza de su enfermedad, no puede entender sus necesidades de tratamiento; y

(iii) si no es tratado como paciente internado, se anticipa razonablemente basado en su historial de conducta, que sufra deterioro mental o emocional, y se anticipa razonablemente, después de tal deterioro, cumpla con los criterios del párrafo 1 o párrafo 2 indicados

Yo baso esta declaración en lo siguiente (Provea una declaración detallada incluso una descripción de indicadores y síntomas de la enfermedad mental y de cualquier acto o amenaza, u otros patrones de conducta que apoyan esta declaración y la hora y lugar cuando ocurrieron). SI ES NECESARIO, AÑADA PÁGINAS ADICIONALES:

A continuación incluya una lista de testigos que puedan proveer declaraciones de los hechos (incluya direcciones y números teléfonos)

A continuación indique los nombres del esposo(a), padres, tutor, o substituto que toma decisiones, si hay alguno, y pariente o, si no hay, un amigo del demandado que yo creo puede saber o tener alguna de las otras direcciones o nombres. Si no hay nombres ni direcciones anotados, hice esfuerzos diligentes para identificar y ubicar a estos individuos y a continuación se describen los pasos específicos dados por mí para hacer esta averiguación **(si es necesario, añada páginas adicionales):**

◉ Yo tengo ○ No tengo un interés legal en este asunto.

◉ Yo tengo ○ No tengo interés económico en este asunto.

◉ Yo estoy ○ No estoy involucrado en litigación con el demandado.

☐ Aunque yo haya indicado que tengo interés legal o económico en este asunto o que estoy involucrado en litigación con el demandado, yo creo que no es práctico ni posible que otra persona sea el peticionario por las siguientes razones:

☐ No se adjunta certificado.

☐ Se adjunta un certificado

☐ Se adjuntan dos certificados,
* Cada certificado tiene que ser completado dentro de 72 horas previo a la evaluación del demandado.
** Por lo menos un certificado tiene que ser completado por un psiquiatra.

El peticionario puede pedir que se le notifique si el director de la institución aprueba la petición del demandado para el ingreso voluntario o informal antes de la adjudicación. El peticionario también puede ser notificado que el demandado ha sido dado de alta bajo la sección 3-902 (d) del Código de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo. Si no indica una opción, se considerará que ha decido que NO quiere ser notificado.

☐ Si el individuo pide y es aprobado para su admisión voluntaria o informal antes de la adjudicación, yo quiero que me notifiquen mediante la información de contacto indicada a continuación. (Personal del hospital use el Formulario IL462-2203 para propósitos de notificación).

☐ Si el individuo fue admitido o dado de alta por el tribunal, yo deseo que me notifiquen usando la información de contacto indicada a continuación. (Personal del hospital use el Formulario IL462-2208M para propósitos de notificación).

☐ No deseo ser notificado en ninguna de las dos situaciones descritas arriba.

El peticionario ha hecho un intento de buena fe para determinar si el individuo ha nombrado un apoderado para cuidado de salud mental bajo la ley con Poder de Abogado para Cuidado de Salud o declaración para tratamiento de salud mental bajo el Acta de Declaración de Preferencias de Tratamiento de Salud Mental y para obtener copias de estos instrumentos, si existen

Yo he leído y entiendo esta petición y afirmo que las declaraciones hechas por mí son verdaderas de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Yo he leído y entiendo que hacer declaraciones falsas a sabiendas en esta Petición es un delito menor de Clase A.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección:

Parentesco con el Demandado:

_____

Número de Teléfono: _____

Durante las 12 horas de la admisión a la institución en este estado, yo le di al demandado una copia de esta petición (MHDD - IL 462-2005). Yo he explicado los "Derechos del Admitido" al demandado y le he dado una copia del mismo. Yo también le he dado una copia de los "Derechos de los Individuos que Reciben Servicios de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo" (MHDD - IL 462-2001) y le he explicado esos derechos (405 ILCS 5/3-609).

Fecha / Hora de Admisión: _____

Institución de Salud Mental / Unidad Psiquiátrica

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____

Título: _____

DERECHOS DEL ADMITIDO

1. Si usted ha sido traído a esta institución basado en esta petición solamente, usted no será admitido inmediatamente, pero será detenido para examinarlo. Usted tiene que ser examinado por un profesional calificado dentro de las 24 horas o ser dado de alta.

2. Cuando usted sea examinado por un médico, psicólogo clínico, examinador calificado, o psiquiatra, usted no tiene que hablar con el que lo examina. Cualquier cosa que usted diga puede ser relatada por el examinador en el tribunal concerniente al asunto de que usted está o no sujeto a una admisión judicial o involuntaria.

3. En el momento en que usted sea certificado, usted será admitido en la institución y se registrará en el tribunal una copia de la petición y del certificado. También una copia de la petición debe ser entregada a usted.

4A. Si se alega que usted está sujeto a admisión involuntaria (enfermo mental) también tiene que ser examinado dentro de 24 horas excluyendo sábados, domingos y días feriados por un psiquiatra (diferente del primero que le examinó) o ser dado de alta. Si se alega que usted está sujeto a admisión involuntaria, el tribunal fijará una audiencia para el asunto.

4B. Si se alega que usted está sujeto a admisión judicial (discapacidades del desarrollo), el tribunal fijará una audiencia al recibo de la evaluación del diagnóstico, el cual requiere completarse dentro de los 7 días.

5A. Si se alega que usted está sujeto a admisión involuntaria (enfermo mental) y el director de la institución lo aprueba, usted puede ser admitido a la institución voluntariamente, en cualquier momento, cuando usted lo pida, antes de la audiencia del tribunal. El tribunal puede requerir pruebas de que la admisión voluntaria es lo mejor para usted y para el público.

5B. Si se alega que usted está sujeto a admisión judicial (retraso mental) y si el director de la institución lo aprueba, usted puede decidir que prefiere ser admitido por sí mismo a la institución en vez de que el tribunal decida si usted tiene que ser admitido. Usted puede hacer una petición para admisión administrativa en cualquier momento antes de la fecha de la audiencia. El tribunal puede requerir pruebas de que la admisión voluntaria es lo mejor para usted y para el público.

6. Usted tiene derecho de pedir un jurado.

7. Usted tiene derecho a pedir ser examinado por un médico independiente, psiquiatra, psicólogo clínico, o el examinador calificado que usted escoja. Si usted no puede conseguir la examinación, el tribunal puede designarle un examinador, cuando usted lo pida.

8. Usted tiene derecho a ser representado por un abogado. Si usted no tiene fondos o no puede obtener un abogado, el tribunal le designará uno.

9. Usted tiene derecho a estar presente en la audiencia del tribunal.

10. Como regla general, usted no pierde ninguno de sus derechos legales, beneficios, o privilegios simplemente porque usted ha sido admitido a una institución de salud mental (vea su copia "(Derechos de Individuos)". Sin embargo, usted debe saber que las personas admitidas a una institución de salud mental serán descalificadas para obtener Tarjetas de Identificación para posesión de armas de fuego, o puede perder dicha tarjeta, si la obtiene antes de la admición.

11. La información sobre cuidado de salud que usted recibe en una institución de salud mental o discapacidades del desarrollo está protegida por el reglamento de privacidad bajo el Acta de Responsabilidad y Portabilidad y Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) (P.O. 104-191) en 45 CFR 160 y 164. Su información identificable de salud sólo será usada y / o revelada de acuerdo con HIPAA y el Acta de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo [740 ILCS 110].

La Comisión de Abogacía y Custodia es una agencia estatal que consta 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

Peoria Regional Office
401 N. Main Street, Suite 620
Peoria, IL 61602
Teléfono: (309) 671-3030
Fax: (309) 671-3060

Rockford Regional Office
4302 N. Main Street, Suite 108
Rockford, IL 61103
Teléfono: (815) 987-7657
Fax: (815) 987-7227

Egyptian Regional Office
47 Cottage Drive
Anna, Illinois 62906-1669
Teléfono: (618) 833-4897
Fax: (618) 833-5219

West Suburban Regional Office
Madden Mental Health Center
1200 S. First Street, P.O. Box 7009
Hines, IL 60141
Teléfono: (708) 338-7500
Fax: (708) 338-7505

Metro East Regional Office
Holly Bldg., 4500 College
Suite 100
Alton, IL 62002
Teléfono: (618) 474-5503
Fax: (618) 474-5517

North Suburban Regional Office
9511 Harrison Avenue
Des Plaines, Illinois 60016
Teléfono: (847) 294-4264
Fax: (847) 294-4263

Chicago Regional Office
160 N. La Salle Street
Suite S500
Chicago, IL 60601
Teléfono: (312) 793-5900
Fax: (312) 793-4311

Springfield Regional Office
521 Stratton Building
401 S. Spring Street
Springfield, IL 62706
Teléfono: (217) 785-1540
Fax: (217) 524-0088

Equip for Equality, Inc. es una organización independiente, sin fines de lucro que administra el sistema federal de protección y abogacía para personas con discapacidades en Illinois. Equip for Equality, Inc., provee asistencia para auto abogacía, servicios legales, educación, abogacía y reglamentación pública e investigaciones de abuso. Las oficinas se ubican 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) 341-0295

Central Illinois
1 West Old Capitol Plaza, Suite 816
Springfield, IL 62701O Box 276
(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

Yo certifico que he entregado al demandado una copia de este formulario.

◯ Inglés ◉ Español ◯ Otro Especifique lenguaje: _____ el _____

Hora: _____

Firma _____

Título: _____

Nombre en letra de molde _____