



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos
**REAFIRMACIÓN DE SU ESTADO VOLUNTARIO
 EN UN CENTRO ADMINISTRADO POR EL ESTADO**

Reg.405 ILCS 5/3-404 and 3-506

Nombre del Individuo: _____

Centro: _____

Admitido / Firmado Voluntariamente el: _____

(fecha / hora)

Usted ha sido admitido a este centro por admisión voluntaria o ha firmado una solicitud voluntariamente después de su admisión a este centro. La ley establece que se le tiene que preguntar dentro de los 30 días después de ser admitido o de haber firmado la solicitud y cada 60 días después de esa fecha, mientras el director del centro crea que usted todavía necesita tratamiento como paciente interno.

Usted le puede indicar al centro que quiere quedarse firmando su nombre a continuación, o indicando a una persona del personal que acepta quedarse.

SÓLO PARA MENORES - se le tiene que preguntar a la persona que ejecuta la solicitud de admisión dentro de 30 días después de la fecha de admisión o de haber firmado la solicitud y cada 60 días después de esa fecha, mientras el director del centro crea que usted todavía necesita tratamiento como paciente interno.

Marque aquí si el individuo indica el deseo de quedarse voluntariamente **PERO** rehúsa firmar el formulario.

 Nombre del Individuo / persona que firma la solicitud

 Nombre del Testigo

 Firma del Individuo / persona que firma la solicitud

 Firma del Testigo

 Fecha

 Nombre del Testigo

 Firma del Testigo

Yo certifico que he avisado al tutor del individuo reafirmando su estado voluntario (si el individuo está legalmente discapacitado).

 Nombre y Título del Miembro del Personal

 Afirmación (30 o 60 días)

 Firma del Miembro del Personal

 Fecha / Hora

Se entregó una copia de este formulario al individuo o tutor en

Inglés Español Otro, especifique: _____

por _____
 Nombre y Título

 Firma

el _____
 Fecha/Hora

Individuo: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Sexo: _____
Número de identificación: _____	
Centro: _____	
Subunidad: _____	



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos
**REAFIRMACIÓN DE SU ESTADO VOLUNTARIO
 EN UN CENTRO ADMINISTRADO POR EL ESTADO**

Derechos Del Paciente Admitido Voluntariamente

- * Usted tiene derecho a pedir que le den de alta de este centro, su petición tiene que ser hecha por escrito.
- * Después de que usted entrega su petición, el centro tiene que darle de alta lo más pronto, como sea posible. Este tiempo nunca debe exceder 5 días, excluyendo sábados, domingos y días feriados, a menos que usted tenga la tendencia de causarse daño físico a sí mismo o causar a otros daño físico severo en un futuro cercano.
- * Si el director del centro cree que usted tiene tendencia de causarse daño físico a sí mismo o causar daño físico a otros, el / ella debe registrar una petición y 2 certificados en el tribunal dentro del mismo periodo de 5 días. Entonces usted tendrá una audiencia en el tribunal, si usted lo desea, y el tribunal determinará si usted tiene que quedarse internado en el centro.
- * Treinta días después de su admisión, usted tiene el derecho de retirar su petición para ser dado de alta si decide quedarse internado en el centro. Si usted no ha sido dado de alta, el director del centro determinará si necesita más hospitalización. Si el director del centro determina que usted debe seguir interno(a), o una persona designada, consultará con usted. Si usted no está de acuerdo en quedarse, su declaración será considerada como una petición para darle de alta, (como se indica arriba). Posteriormente, cada 60 días, el director del centro revisará su expediente y lo consultará con usted.
- * Como regla general, usted no pierde ningún beneficio, derechos legales, o privilegios simplemente porque ha sido admitido a un centro de salud mental (vea su copia de "los derechos del paciente"). Pero, usted debe saber que las personas que son admitidas a centros de salud mental no califican para obtener tarjetas de identificación para posesión de armas de fuego, o pueden perder tales tarjetas obtenidas antes de su admisión.

Una Comisión de Tutela y Defensa es una agencia estatal con tres divisiones: Servicios de Defensa Legal, Autoridad de Derechos Humanos y la Oficina del Tutor del Estado. Puede comunicarse con la Comisión al: Teléfono: 1-866-274-8023, TTY: (866) 333-3362, o por escrito.

Oficina Regional de Chicago Oficina
 160 N. Calle La Salle
 Suite S500
 Chicago, IL 60601

Regional de Springfield
 830 S. Calle Primavera
 Springfield, IL 62704

Equip for Equality, Inc. es una organización independiente sin fines de lucro que administra el sistema federal de protección y defensa para personas con discapacidades en Illinois. Equip for Equality, Inc., proporciona asistencia de autodefensa, servicios legales, educación, defensa de políticas públicas e investigaciones de abuso. La oficina está ubicada en:

Website: www.equipforequality.org

Oficina principal/Chicago
 20 N. Michigan, Ste 300
 Chicago, Illinois 60602
 (800) 537-2632 or
 TTY: (800) 610-2779
 FAX: (312) 800-0912

La información que proporciona en este formulario está protegida por las regulaciones de privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) ([PL 104-191] en 45 CFR 160 y 164). Su información de salud de identificación personal solo se usará y / o divulgará de acuerdo con HIPAA y la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois.

Yo he explicado estos derechos a la persona (o al tutor de la persona, si corresponde) y le he proporcionado una copia de la misma. Se ha archivado una copia de este formulario en la historia clínica de la persona.

 Firma del Personal:

 Firma del Individuo Que Recibe Servicios:

Marque aquí si el individuo rehúsa firmar

 Nombre y Título del Personal:

 Nombre del Testigo (sólo se requiere si el individuo rehúsa firmar)

 Fecha y Hora:

 Firma del Testigo (sólo se requiere si el individuo rehúsa firmar)