



AVISO SOBRE DERECHOS RESTRINGIDOS DEL INDIVIDUO

Reference: 405 ILCS 5/2-102, 2-103, 2-104, 2-107, 2-108, 2-109, 2-200, and 22-201

Nombre: _____ I.D.: _____ Unidad: _____ Institución: _____

PARTE I (Sujeto Físicamente / Restricto / Aislamiento / Restricciones en Medicinas de Emergencia)

En _____ a las _____
Fecha Hora

El individuo fue: sujetado físicamente restricto puesto en aislamiento recibió medicinas de emergencia forzadas

Razón(es) para las restricciones identificadas:

De acuerdo con el código de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo, el individuo designó las siguientes preferencias para intervención, si las circunstancias de emergencia lo ameritan (marque uno):

- El individuo indicó "No Preferencia" para intervención(es) de emergencia(s)
- Se utilizó la preferencia del individuo (ver Plan de Tratamiento)
- NO se utilizó la preferencia del individuo por la(s) siguiente(s) razón(es):

PARTE II (Otras Restricciones)

Desde: _____ Hasta: _____
Fecha y Hora Fecha y Hora

Ciertos derechos fueron restringidos o limitados (los cuales están marcados y explicados como indica lo siguiente):

- Rehusar servicios médicos - rayos X Rehusar servicios médicos- muestras de laboratorio Retener propiedad personal
- Rehusar otros servicios médicos Rehusar revisar su área de vivienda Otro: _____
- Manejar su propia higiene personal Rehusar servicios dentales
- Permitirle comunicación via: Teléfono Correo Visitas Otro: _____

La(s) razón(es) para las restricciones son:

PARTE III (Aplica a las Partes I y II)

Se entregó al individuo una copia de este aviso en: Inglés Español Otro: _____

El individuo desea que no se notifique a nadie con este Aviso (Excepto: Siempre se debe Notificar al Tutor)

El individuo desea que se notifique al siguiente tutor y / o persona designada:

Tutor: _____ Dirección: _____

Designado: _____ Dirección: _____

Certifico que yo he completado este formulario. Las copias de este aviso se les entrego al individuo, enviado por correo a todos los individuos indicados y se colocan en su expediente médico.

Fecha/Hora: _____ Firma: _____

Imprimir Nombre y Título: _____



AVISO SOBRE DERECHOS RESTRINGIDOS DEL INDIVIDUO

Reference: 405ILCS 5/2-102, 2-103, 2-104, 2-107, 2-108, 2-109, 2-200, and 22-201

AVISO SOBRE DERECHOS RESTRINGIDOS DEL INDIVIDUO AVISO ADICIONAL PARA EL INDIVIDUO

Si sus derechos de enviar una carta o paquete por correo, tener visitas, o usar el teléfono, son restringidos, usted tiene derecho de que la institución notifique a las partes afectadas.

Cuando se termina la restricción, usted también tiene derecho a que la institución le notifique a las partes afectadas.

Usted le puede decir a los miembros del personal que le entregan este AVISO SOBRE RESTRICCIÓN DE DERECHOS DEL INDIVIDUO o al trabajador(a) de su caso, si le gustaría que la institución notifique a las partes afectadas.

Si usted necesita asistencia con respecto a este aviso, pida ayuda al trabajador(a) de su caso o a otro funcionario.

La información sobre servicios de cuidado de salud que usted recibe en una Institución de Salud Mental o Discapacidades del Desarrollo es protegida por los reglamentos de privacidad bajo el Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) (P.L. 104-191) en 45 CFR 160 y 164. Su información de salud personalmente identificable solamente será usada y/o revelada de acuerdo con HIPAA y el Acta de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo (740 ILCS 110).