

## AVISO SOBRE TRASLADO ENTRE CENTROS ADMINISTRADOS POR EL ESTADO

Para: \_\_\_\_\_

Por este medio le avisamos que: (Individuo) \_\_\_\_\_ será trasladado de  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
(Centro) (Centro) (Mes / día / año)

Las razones para este traslado son las siguientes:

Yo certifico que  envié por correo  entregué una copia de este aviso en  Inglés  Español

Otro: (especifique) \_\_\_\_\_ a la(s) persona(s) indicadas arriba el \_\_\_\_\_  
(mes / día / año)

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Para el Director del Centro \_\_\_\_\_

---

### POR FAVOR LEA CIUDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. DESCRIBE LOS DERECHOS DE AMBOS, USTED Y EL INDIVIDUO CON RESPECTO A ESTE TRASLADO.

QUIÉN TIENE DERECHO A OBJETAR  
(de acuerdo a)

Centro de Salud Mental:

**Adulto**-Un individuo puede objetar (no estar de acuerdo) su traslado o el abogado del individuo, tutor o pariente responsable puede objetar por el individuo.

**Menor**- El menor (si tiene 12 años de edad o más) puede objetar su traslado o el abogado del menor o la persona que ejecutó la solicitud de admisión puede objetar el traslado.

Centro de Discapacidades Del Desarrollo:

**Adulto**-Un individuo puede objetar su traslado o el abogado del individuo o tutor o cualquier otra persona que el individuo designa para recibir el Aviso de Admisión puede objetar el traslado. Si el individuo no tiene la suficiente capacidad para entender y autorizar la designación de personas para recibir el aviso, el pariente adulto más cercano debe recibir el Aviso de Traslado y también puede objetarlo.

**Menor**- El menor (menos de 18 años de edad) puede objetar su traslado o el abogado del menor, padres, tutor, o persona en loco parentis puede objetar el traslado.

### EXPLICACIÓN SOBRE CÓMO REHUSAR UN TRASLADO

Antes del traslado (o dentro de los 14 días después de un traslado de emergencia), envíe al director del centro la objeción por escrito y firmada. Al recibirla, el director del centro fijará una audiencia que se llevará a cabo en el centro dentro de los 7 días. El individuo se quedará en el centro hasta que se tome una decisión después de la audiencia.

La audiencia se hace ante un comité especial de profesionales. La audiencia es informal y usted puede traer personas para hacer declaraciones y presentar los hechos por usted.

El comité enviará sus recomendaciones al director del centro, quien dentro de los próximos 7 días le avisará su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión, usted puede solicitar una revisión por la Secretaria del Departamento de Servicios Humanos

# AVISO SOBRE TRASLADO ENTRE CENTROS ADMINISTRADOS POR EL ESTADO

Una copia de este formulario debe ser puesto en el expediente del individuo.

## ENVÍELO AL DIRECTOR DEL CENTRO

Yo tengo objeción al traslado de (Nombre del Individuo) \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_  
(Nombre del Centro que Envía) (Nombre del Centro que Recibe)

y pido una audiencia ante el Comité de Revisión de Utilización.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Objeto

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el Individuo

\_\_\_\_\_  
Firma del Objeto

\_\_\_\_\_  
Fecha

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](http://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)