

AVISO PARA DARLE DE ALTA - CENTRO ADMINISTRADO POR EL ESTADO

Para: _____

Por este medio se notifica que: _____ será dado de alta _____
(Individuo) (Especifique Tipo)

de _____ el _____
(Centro) (Fecha)

La razón* para darle de alta es la siguiente: _____

Yo certifico que envié por correo entregué una copia de este aviso en Inglés Español
 Otro: Especifique _____

a las personas indicadas arriba el _____
(mes / día / año)

Nombre (letra de molde): _____ Título: _____

Firma: _____ Para el Director del Centro: _____

* Para notificar a distritos escolares escriba "no aplica" aquí

POR FAVOR LEA CIUDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. DESCRIBE LOS DERECHOS DEL INDIVIDUO Y SUYOS CON RESPECTO A DARLE DE ALTA.

QUIÉN TIENE DERECHO A OBJETAR

Centro de Salud Mental

Adulto-Un individuo puede objetar (no estar de acuerdo) darle de alta o el abogado del individuo o tutor puede objetar por el individuo.

Menor- El menor (si tiene 12 años de edad o más) puede objetar darle de alta o el abogado del menor o la persona que ejecutó la solicitud de admisión puede objetar darle de alta al individuo

Centro Discapacidades del Desarrollo

Un individuo (si tiene 12 años de edad o más) puede objetar darle de alta o el abogado del menor o la persona que ejecutó la solicitud de admisión puede objetar por el individuo.

El distrito escolar no tiene derecho a objetar darle de alta.

EXPLICACIÓN SOBRE CÓMO OBJETAR PARA DARLE DE ALTA

Antes de darle de alta, envíe al director del centro una 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 toma lugar ante un comité especial de profesionales. La audiencia es informal y usted puede traer personas para presentar declaraciones y 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 usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar que la Secretaria del Departamento de Servicios Humanos revse la decisión.

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

HAY INFORMACIÓN IMPORTANTE EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

Tengo objeción (no estoy de acuerdo) que den de alta a _____ de _____
(nombre del individuo) (nombre del centro)

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

Nombre del objetor: _____ Parentesco con el individuo: _____

Firma del objetor: _____ 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

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.

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ILLINOIS
CENTRO DE SALUD MENTAL**

RENUNCIA AL DERECHO A UNA AUDIENCIA SOBRE EL ALTA

Yo, _____ han recibido un Aviso de Alta de
_____ Centro de Salud Mental.

Entiendo que tengo siete (7) días a partir de esta fecha para decidir objetar. Entiendo que puedo objetar esta condonación y que si me opongo, tengo derecho a una audiencia de revisión de utilización para impugnar la condonación. Con un entendimiento completo de mis derechos, renuncio a mi derecho a objetar mi alta y una audiencia de revisión de utilización. Además, renuncio al derecho de permanecer en el centro durante todo el período de tiempo y solicito que me den de alta lo antes posible. Renuncio a estos derechos a sabiendas y voluntariamente.

Firma del paciente

Fecha

Firma del tutor (si corresponde)

Fecha

Firma del personal

Fecha

Nombre del paciente: _____

Unidad: _____

Fecha de admisión: _____