

## DERECHOS INFORMAL PARA LA PERSONA ADMITIDA

USTED TIENE EL DERECHO DE SER DADO DE ALTA DE ESTA INSTITUCIÓN POR MEDIO DE SU PETICIÓN ORAL O ESCRITA A CUALQUIER HORA DE SERVICIO NORMAL DURANTE EL TURNO DIURNO DEL DÍA, CUAL DEBERÁ INCLUIR, PERO NO NECESITAN SER LIMITADA DE 9:00 A.M. HASTA LAS 5:00 P.M.

SU DERECHO A ABANDONAR EN SU PETICIÓN COMIENZA CON EL PRIMER TURNO DEL DÍA DESPUÉS DE LA ADMISIÓN.

COMO REGLA GENERAL, USTED NO PERDERÁ NINGUNO DE SUS DERECHOS LEGALES, BENEFICIOS, O PRIVILEGIOS, SIMPLEMENTE PORQUE USTED HAYA SIDO ADMITIDO A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL (CONSULTE SU COPIA SOBRE LOS "DERECHOS DE LAS PERSONAS"). SIN EMBARGO, USTED DEBERÍA SABER QUE LAS PERSONAS ADMITIDAS A LAS INSTITUCIONES DE LA SALUD MENTAL SERÁN DESCALIFICADAS DE RECIBIR TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN A DUEÑOS DE ARMA DE FUEGO, O PUEDEN PERDER TALES TARJETAS QUE POSEEN ANTES DE LA ADMISIÓN.

UNA COMISIÓN DE CUSTODIA Y ABOGACÍA HA SIDO CREADA EN LA CUAL CONSISTE DE TRES DIVISIONES: SERVICIOS DE DEFENSA LEGAL, AUTORIDAD DE DERECHOS HUMANOS Y LA OFICINA DEL ESTADO DE TUTELA. LA COMISIÓN ESTÁ LOCALIZADA EN:

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)