

### SOLICITUD PARA ADMISIÓN VOLUNTARIA

Institución \_\_\_\_\_ Fecha de la Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del Admitido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del Seguro Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Condado) (Estado) (Zona Postal)

- Yo soy la persona que busca la admisión, tengo 18 años de edad o soy mayor
- Yo soy la persona interesada, de 18 años o mayor, que por petición de la persona nombrada arriba busca la admisión de esa persona
- Yo soy un menor, de 16 años o mayor, yo entiendo que mis padres, tutor o persona en loco parentis será avisado inmediatamente.

Yo designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que se les avise :

- de mi admisión
- cuando mis derechos sean restringidos
- quiero que no avisen a nadie.

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Me han informado sobre los "DERECHOS DE SER ADMITIDO VOLUNTARIAMENTE", contenidos en la segunda página. Se me ha dado una copia de los "DERECHOS DEL INDIVIDUO", en la que se declaran detalladamente mis derechos como individuo que recibe servicios. Yo entiendo que me darán una copia de este formulario cuando sea admitido. Además, entiendo que una copia de este formulario será entregada a la persona que me acompañe, a cualquiera de mis padres, tutor, pariente, o abogado que yo indico.

Si soy admitido, yo (el paciente) debo cumplir con las reglas y regulaciones de la institución. Entiendo que en cualquier momento la institución puede darme de alta (como paciente) cuando sea clínicamente indicado.

Nombre: Persona admitida o persona interesada por petición de la persona que busca admisión.

Firma: Persona admitida o persona interesada por petición de la persona que busca admisión.      Edad      Parentesco con el admitido

Testigo - Nombre \_\_\_\_\_

Testigo - Firma \_\_\_\_\_

Testigo - Nombre \_\_\_\_\_

Testigo - Firma \_\_\_\_\_

Yo certifico que el individuo no está apto clínicamente para la admisión informal debido a las siguientes razones:

Yo certifico lo siguiente: que la persona mencionada arriba ha sido examinada y es considerada clínicamente apta para admisión voluntaria, que el individuo tiene la capacidad para dar consentimiento para la admisión voluntaria, que puede entender que está siendo admitido(a) a una institución de salud mental y que registrando una petición por escrito, puede solicitar darse de alta en cualquier momento, la petición para darse de alta no es automática y, que entiende que dentro de 5 días laborales de recibir la petición por escrito para darse de alta, la institución tiene que darle de alta o iniciar procedimientos civiles para ser internado.

Yo he explicado los derechos contenidos al reverso de este formulario en

- Inglés
- Español
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Yo también le daré una copia de este formulario a la persona que sea designada (padres, tutor, pariente, abogado o amigo(a) que le acompaña). Y, si la persona es un menor de 16 años de edad o mayor, yo avisaré al padre, tutor o persona en loco parentis. Yo, también he dado a la persona una copia de los "DERECHOS DEL INDIVIDUO". Yo he atestado la firma y he verificado el consentimiento del individuo, si esta solicitud ha sido firmada por una persona interesada. El individuo fue admitido o ha firmado voluntariamente el:

\_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_  
(fecha - mes y día) (año) (hora)

Nombre y Título del empleado: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Para el director de la institución: \_\_\_\_\_

**Secciones del Código relativas a quién debe notificarse**

**(405 ILCS 5/Ch. II Art. Epígrafe I)  
ARTÍCULO 1. DERECHOS**

**(405 ILCS 5/2-113) (del Cap. 91 1/2, párr. 2-113)**

**Artículos 2 a 113. (a)** Al momento de la admisión, la instalación preguntará al destinatario si un cónyuge, familiar, amigo o agencia debe ser notificado de su admisión a la instalación. Si el destinatario da su consentimiento para divulgar información sobre su admisión, el centro intentará inmediatamente ponerse en contacto telefónico con al menos dos personas o agencias designadas o por correo dentro de las 24 horas.

**(405 ILCS 5/Ch. II Art. Epígrafe II)  
ARTÍCULO II. PROCEDIMIENTOS**

**(405 ILCS 5/2-200) (del Cap. 91 1/2, párr. 2-200)**

**Sec. 2-200. (c)** Al comienzo de los servicios, o tan pronto como la condición del destinatario lo permita, la instalación le preguntará al destinatario adulto o al destinatario menor admitido de conformidad con la Sección 3-502 si el destinatario desea que la instalación contacte al cónyuge, padres, tutor, parientes cercanos, amigos, abogado, defensor del destinatario de la Comisión de Tutela y Defensa o la agencia designada por el Gobernador en virtud de la Sección 1 de "Una Ley en relación con la protección y la defensa de los derechos de las personas con discapacidades del desarrollo, y la modificación de las leyes en ellas nombradas", aprobadas el 20 de septiembre de 1985, u otras e informarles de la presencia del beneficiario en el centro. La instalación se pondrá en contacto por teléfono o por correo con al menos dos de las personas designadas por el destinatario y les informará de la ubicación del destinatario. Si el destinatario lo solicita, la instalación también le informará de cómo ponerse en contacto con el destinatario.

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.

**Información del hospital** (ingrese los números de teléfono, el contacto del trabajador social, las horas de visita, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---