

**ESTADO DE MASSACHUSETTS**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL (DMH, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**  
**NOTIFICACIÓN DE DERECHOS**

(Representante para la atención médica)

Hospitalización temporal involuntaria

Capítulo 123, sección 12 b) de las Leyes Generales de Massachusetts (M.G.L., por sus siglas en inglés)

El representado bajo un poder de atención médica debidamente invocado ha sido admitido en este centro de conformidad con el capítulo 123, sección 12 b) de M.G.L. por un período de hasta tres (3) días hábiles. Al final del tercer (3er) día hábil, si el superintendente u otro directivo del centro decide que dar de alta al paciente podría crear un peligro grave para él o ella o para otras personas debido a una enfermedad mental, él o ella pueden presentar al centro una petición para la reclusión del paciente por un período de hasta seis (6) meses. Si se presenta una petición, el tribunal de distrito iniciará la audiencia en un plazo de (5) días hábiles, sin incluir sábados, domingos o festivos, durante los cuales el paciente deberá permanecer en el centro.

Si lo solicita, notificaremos al Comité de Servicios de Asesoría Pública (CPCS, por sus siglas en inglés) sobre usted y el nombre y la ubicación del paciente. Luego, el CPCS designará a un abogado para que se reúna con usted y el paciente. ¿Le gustaría que nos comuniquemos con CPCS en nombre del paciente en este momento?

Sí

No

Si responde 'No' y cambia de opinión más tarde, le notificaremos al CPCS sobre usted y el paciente en ese momento.

Si tiene motivos para considerar que la admisión del paciente en este centro de conformidad con el capítulo 123, sección 12 b) es el resultado de un abuso o mal uso del proceso de admisión, puede solicitar, por su cuenta o por medio de un abogado, una audiencia de emergencia en el tribunal de distrito en cuya jurisdicción se encuentra este centro. Si desea presentar dicha solicitud, el centro le proporcionará el formulario correspondiente.

He recibido y leído esta notificación:

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro del personal testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Formulario 12(b)-302HCA

Vigente en mayo de 2019  
Revisado 10 / 21