

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

Solicitud de atención y tratamiento de forma voluntaria condicional
**Capítulo 123, secciones 10 y 11 de las Leyes Generales de Massachusetts (M.G.L.,
por sus siglas en inglés)**

(Hecha por el representante para la atención médica)

Nombre del paciente: _____
por favor, en letra de imprenta

Dirección: _____ Ciudad / Pueblo: _____ Estado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Nombre del representante para la atención médica _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad / Pueblo: _____ Estado: _____

Para el director del centro* _____
nombre del centro

1. Soy el representante para la atención médica del paciente mencionado anteriormente con autoridad para dar consentimiento a su admisión voluntaria a este centro. Se adjunta una copia del poder de atención médica que establece esta autoridad.
2. Deseo que se admita al paciente mencionado anteriormente en el centro.
3. Entiendo que cuando quiera que el paciente abandone el centro, debo notificarlo por escrito al director del centro, quien puede retrasar la salida del paciente hasta tres (3) días (sin incluir sábados, domingos y festivos).
4. Entiendo que, una vez que notifique que deseo que el paciente abandone el centro, si el director del centro considera que el paciente podría ser un peligro para sí mismo o para otras personas debido a una enfermedad mental, puede presentar una solicitud al tribunal de distrito dentro del período de tres (3) días para la reclusión del paciente (ordenarle a permanecer) en el centro por hasta seis (6) meses. El tribunal programará una audiencia. Entiendo que el paciente tiene derecho a ser representado por un abogado en la audiencia. Si él o ella no pueden pagar un abogado, el tribunal le asignará uno. Después de la presentación de la solicitud, el tribunal tiene cinco (5) días hábiles para iniciar una audiencia sobre la solicitud de reclusión. Durante este tiempo, el paciente debe permanecer en el centro. En la audiencia, el juez decidirá si el paciente puede salir del centro o no.
5. Acepto que el paciente reciba tratamiento en este centro por enfermedad mental sujeto a las limitaciones indicadas en el poder de atención médica. Entiendo que este acuerdo no limita el derecho del paciente a enviar una notificación de tres días, revocar su poder de atención médica o rechazar en cualquier momento tratamientos específicos, como medicamentos antipsicóticos o terapia electroconvulsiva. También puedo rechazar cualquier tratamiento específico sujeto a las limitaciones indicadas en el poder de atención médica.
6. Se me ha entregado una copia de la notificación de derechos (formulario CV-301HCA).
7. Se me ha ofrecido la oportunidad de consultar con un abogado o una persona que está bajo la supervisión de un abogado sobre el efecto de una admisión voluntaria condicional.
8. Entiendo que el centro aceptará o rechazará esta solicitud de acuerdo con los criterios clínicos y legales aplicables.

Firma del representante para la atención médica

Fecha

Testigo

Fecha

*El director del centro es el superintendente, director ejecutivo, director del programa u otro directivo designado por el centro para la supervisión administrativa de un centro, o su designado.

ADJUNTE UNA COPIA DEL PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

ACEPTACIÓN / RECHAZO DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL CENTRO

De acuerdo con los criterios establecidos a continuación, la solicitud será aceptada o rechazada por un médico designado* del centro.

1. Este paciente

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. ha sido diagnosticado con una enfermedad mental, como se define en la norma 104 CMR 27.05 (2). | ☐ | ☐ |
| B. necesita atención y tratamiento para esta enfermedad mental, | ☐ | ☐ |
| C. necesita hospitalización (i) para recibir dicha atención y tratamiento o (ii) para prevenir daños graves debido a la ausencia de un sitio alternativo más adecuado. | ☐ | ☐ |

2. Este centro es adecuado para prestar dicha atención y tratamiento.

☐ ☐

3. El paciente tiene un poder de atención médica válido que no ha vencido ni ha sido revocado.

☐ ☐

4. El poder de atención médica se ha invocado debidamente con base en la incapacidad del paciente para tomar decisiones bien fundamentadas sobre la atención médica.

☐ ☐

Si se marca "Sí" en todas las casillas, se aceptará la solicitud a menos que el paciente aún no haya sido admitido, en cuyo caso la solicitud solo podrá aceptarse si se cumplen los criterios de admisión del centro. Si alguna casilla está marcada con "No", la solicitud será rechazada, a menos que solo las casillas "1.A", "1.B" o "2" estén marcadas con "No", en cuyo caso el centro puede aceptar si la hospitalización voluntaria condicional es necesaria para prevenir daños graves debido a la ausencia de un sitio alternativo más adecuado.

El paciente o el representante para la atención médica no pueden firmar una notificación de tres días a menos que este formulario haya sido aceptado.

Yo, un médico designado* de este centro, por la presente (marque todas las casillas que correspondan):

5. ☐ **Acepto** esta solicitud de hospitalización voluntaria condicional:

- ☐ A. El representante para la atención médica solicita la atención y el tratamiento del paciente de forma voluntaria condicional.
- ☐ B. He determinado que se cumplen todos los criterios para el estado de admisión voluntaria condicional.
- ☐ C. Solo las casillas "1.A", "1.B" o "2" están marcadas con "No" y la hospitalización continua es necesaria para evitar daños graves debido a la ausencia de un sitio alternativo más adecuado.

6. ☐ **Rechazo** esta solicitud de hospitalización voluntaria condicional.

Razones:

Firma del médico designado

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Cargo

El estado voluntario condicional de este paciente debe reevaluarse en el momento de cada revisión periódica.

ARCHIVE EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE INMEDIATAMENTE

*Un médico o enfermero registrado de práctica avanzada calificado, autorizado, si corresponde, por el Departamento de conformidad con la norma 104 CMR 33.00.

Formulario CV-300HCA página 2

Revisado 28-Oct-2021