

**ESTADO DE MASSACHUSETTS  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

**Solicitud de cuidado y tratamiento como paciente voluntario condicional  
Leyes Generales de Massachusetts, Capítulo 123, Secciones 10 y 11**

Nombre del paciente (en mayúsculas, por favor) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Población: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: **M** **F**

Para el superintendente (o el director) de \_\_\_\_\_  
Nombre del centro

1. Tengo 16 años o más y solicito ingresar como paciente en el centro anteriormente indicado.
2. Soy consciente de que, cuando quiera abandonar el centro, tendré que notificárselo por escrito al superintendente de dicho centro, el cual podrá retrasar la dada de alta en un máximo de tres días (sin contar sábados, domingos y días feriados).
3. Una vez comunique por escrito mi deseo de abandonar el centro, si el superintendente considera que pueda constituir un peligro tanto para mí mismo como para los demás debido a mi enfermedad mental, podrá pedir en el plazo de tres días al tribunal del distrito que se me retenga (por decreto de dicho tribunal) en el centro hasta un máximo de seis meses. El tribunal celebrará una audiencia en la cual tendré derecho a que me represente un abogado. Si no dispongo de dinero para contratar a un abogado, el tribunal me asignará uno. El tribunal dispondrá de un plazo de cinco (5) días a partir de la fecha en la que se presente la solicitud para comenzar la audiencia. Durante este plazo, deberé permanecer en el centro. En la audiencia, el juez decidirá si puedo o no abandonar dicho centro.
4. Soy consciente de que si el superintendente piensa que necesito tener un tutor legal con autoridad especial para decidir que me quede en el centro, dicho superintendente podrá solicitar al tribunal testamentario que celebre una audiencia. No obstante, el superintendente no podrá retrasar mi salida a menos que se lo permita una orden del juez del tribunal testamentario emitida dentro del plazo de tres días (sin contar sábados, domingos y días feriados) a partir de la fecha en que yo haya dado mi aviso.
5. Autorizo que se me administre tratamiento para mi enfermedad mental en este centro. Entiendo que este documento no afectará en modo alguno al derecho que tengo a rechazar en cualquier momento intervenciones tales como la administración de medicamentos antipsicóticos, la terapia electroconvulsiva o la psicocirugía.
6. He recibido una copia de mi Notificación de derechos (formulario CV-301).
7. He tenido la oportunidad de consultar con un abogado o con un asesor legal (*paralegal*) las consecuencias del ingreso condicional voluntario.
8. Entiendo que el centro podrá aceptar o rechazar esta solicitud en base a las normas clínicas y legales procedentes.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ACEPTACIÓN/RECHAZO DEL CENTRO**

Las siguientes preguntas serán contestadas, y la solicitud será aceptada o rechazada, por un médico autorizado\* del centro.

1. Este paciente	Sí	No
A. ha sido diagnosticado con una enfermedad mental, según lo estipulado en 104 CMR 27.05 (1).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B. necesita recibir cuidado y tratamiento para su enfermedad mental.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C. necesita ser hospitalizado (i) para recibir este cuidado o tratamiento o (ii) para evitar graves daños debido a la ausencia de un lugar más apropiado donde trasladarlo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Este centro es adecuado para este cuidado y tratamiento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. He determinado que este paciente comprende que		
A. está acetando quedarse y recibir tratamiento en este centro.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B. debe firmar un formulario de tres días de aviso si desea abandonar el centro.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C. se le puede permitir o denegar que abandone el centro sin que se celebre una audiencia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si la respuesta a todas las preguntas anteriores es “Sí”, la solicitud será aceptada a menos que el paciente no haya sido ingresado todavía, en cuyo caso la solicitud podrá ser aceptada sólo si cumple los criterios de admisión del centro. Si la respuesta a alguna de las preguntas es “No”, la solicitud será rechazada, a menos que sólo las preguntas “1.A”, “1.B” o “2” tengan “No” por respuesta y sea necesario que el paciente continúe hospitalizado para evitar daños graves en caso de que no se disponga de otro lugar más adecuado a donde trasladarlo.

\*\*\*\*\*  
 El paciente no puede firmar un formulario de tres días de aviso hasta que esta solicitud haya sido aceptada.  
 \*\*\*\*\*

Yo, médico autorizado\* de este centro (marque todas las casillas que corresponda):

4.  **Acepto** esta solicitud de hospitalización voluntaria condicional:  
 A. El paciente solicita su ingreso y cumple todos los requisitos de admisión.  
 B. Sólo he marcado “No” en las casillas “1.A”, “1.B” o “2”, y es necesario que siga hospitalizado para evitar daños graves en caso de que no se disponga de otro lugar más adecuado a donde trasladarlo.
5.  **Rechazo** esta solicitud de hospitalización voluntaria condicional por los siguientes motivos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del médico autorizado \_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre en mayúsculas \_\_\_\_\_  
 Cargo

La capacidad de este paciente para continuar como paciente voluntario condicional deberá evaluarse de nuevo cuando se lleve a cabo su revisión periódica.

**INCORPORAR AL HISTORIAL DEL PACIENTE INMEDIATAMENTE**

\* Un médico que cumple los criterios estipulados en 104 CMR 33.03.