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 un paciente de 16 años o más)

Nombre del paciente (por favor, en letra de imprenta) _____

Dirección: _____ Ciudad / Pueblo: _____ Estado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Para el director del centro* _____
nombre del centro

1. Tengo 16 años de edad o más y por la presente solicito ser paciente en el centro mencionado.

2. Entiendo que cuando quiera abandonar el centro, debo notificarlo por escrito al director del centro, quien puede retrasar mi salida hasta tres (3) días (sin incluir sábados, domingos y festivos).

3. Entiendo que, una vez que notifique mi intención de abandonar el centro, si el director del centro considera que podría ser un peligro para mí o para otras personas debido a mi enfermedad mental, puede presentar una solicitud al tribunal de distrito dentro del período de tres (3) días para mi reclusión (ordenarme a permanecer) en el centro por hasta seis (6) meses. El tribunal programará una audiencia. Tengo derecho a ser representado por un abogado en la audiencia. Si no puedo pagar un abogado, el tribunal me 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, debo permanecer en el centro. En la audiencia, el juez decidirá si puedo salir del centro o no.

4. Acepto recibir tratamiento en este centro para mi enfermedad mental. Entiendo, sin embargo, que este acuerdo no limita mi derecho a rechazar en cualquier momento tratamientos específicos que me puedan ofrecer, como medicamentos antipsicóticos o terapia electroconvulsiva.

5. Se me ha entregado una copia de mi notificación de derechos (formulario CV-301).

6. 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.

7. Entiendo que el centro aceptará o rechazará esta solicitud de acuerdo con los criterios clínicos y legales aplicables.

_____ _____
Firma del paciente 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.

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.

	Sí	No
1. Este paciente		
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. He determinado que este paciente entiende que:		
A. acepta quedarse y recibir tratamiento en este centro,	☐	☐
B. debe firmar una notificación de tres días con respecto a su intención de abandonar el centro,	☐	☐
C. puede que se le permita o no salir sin una audiencia en el tribunal.	☐	☐

****

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 no puede 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):

4. ☐ **Acepto** esta solicitud de hospitalización voluntaria condicional:
   - ☐ A. El paciente solicita la atención y el tratamiento de forma voluntaria condicional.
   - ☐ B. He determinado que el paciente tiene la capacidad de solicitar la hospitalización voluntaria condicional.
   - ☐ C. He determinado que se cumplen todos los criterios para el estado de admisión voluntaria condicional.
   - ☐ D. 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.
5. ☐ **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.