**NOTIFICACIÓN DE ESTADO Y DERECHOS
– ADMISION VOLUNTARIA –**

(PARA ENTREGAR A UN PACIENTE INFORMAL CUANDO INGRESE)

PROGRAMA	FECHA DE ADMISION
NUM. DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DEL "C"
☐ ADMISION INFORMAL (Sec.22.07, ley de H.M.)	

INSTRUCCIONES: Prepare una (1) copia para el Historial del Paciente.

Usted ha sido admitido en este programa para cuidado y tratamiento con la dependencia quimica. Su admission es voluntaria.

Usted esta libre para irse del programa cuando usted desee. Si usted desea irse del programa- le pedimos que por favor le avise al director u otros miembros del personal.

Usted o cualquier representante suyo deben sentirse libre para consultar con los miembros del personal sobre su condicion, su estado y sus derechos. De acuerdo a las provisiones de la ley de Higiene Mental y el Tutulo 14 de los Codigos, Reglas y Reglamentos del Estado De Nueva York.

EL SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

El Servicio de informacion sobre la Sallud Mental, Una agencia de la corte independiente de este Programa, le proporciona a usted, y a los otros que actuan en nombre suyo, servicios protectivos, asistencia e informacion sobre su hospitalization.

Usted, o su representante, puede llamar o escribir directamente al Servicio de Información sobre la Salud Mental, o puede solicitar que un miembro del personal del Programa se comunique con el Servicio en nombre suyo. El Servicio le aconsejera sobre su estado y sus derechos de acuerdo con las provisiones de la Ley de Higiene Mental y el Título 14 de los Códigos, Reglas y Reglamentos del Estado de Nueva York y, si es necesario, le proporcionará representación legal.

SE LE HA DADO UNA COPIA DE ESTA NOTIFICACIÓN AL PACIENTE CUYO NUMERO DE CASO APARECE ARRIBA.

_____
(Fecha)

_____
(Medico del Programa)

**Las Leyes Estatales y Federales prohíben la discriminación basada en la raza,
color de piel, creencia, religiosa, nacionalidad, edad, sexo, o incapacidad.**