

SOLICITUD VOLUNTARIA PARA HOSPITALIZACIÓN
(Ley de Higiene Mental §§9.09, 9.13 y 9.23)

Puede obtener la admisión en un hospital para el tratamiento de una enfermedad mental, para usted o para una persona menor de 16 años, completando y firmando este formulario. La admisión será voluntariamente. Lea atentamente la información a continuación antes de completar este formulario.

Las leyes estatales y federales prohíben la discriminación basada en raza, etnia, credo, origen nacional, edad, género, orientación sexual o incapacidad.

I. REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN VOLUNTARIA

A. SOLICITUD

Para ser admitida en un hospital de salud mental de manera voluntaria, una persona mayor de 18 años, o menor de 18 años que pueda otorgar consentimiento conforme al Artículo 33.21 de la Ley de Higiene Mental (Mental Hygiene Law), debe presentar voluntariamente una solicitud de admisión por escrito. Si la persona es menor de 16 años de edad, se debe presentar una de las siguientes solicitudes por escrito:

- padre/madre, tutor legal o pariente más cercano;
- un funcionario de Servicios Sociales o agencia autorizada con tutela y custodia de la persona de conformidad con la Ley de Servicios Sociales, sujeto a los términos de cualquier orden judicial o cualquier instrumento ejecutado de conformidad con el Artículo 384-a de la Ley de Servicios Sociales;
- el comisionado de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (New York State Office of Children and Family Services, OCFS), actuando conforme al Artículo 509 de la Ley Ejecutiva (Executive Law);
- una persona o un representante autorizado de una entidad que tenga la custodia de la persona de conformidad con el Artículo 756 o el Artículo 1055 de la Ley del Tribunal de Familia.

Si la persona es mayor de 16 años de edad y menor de 18 años de edad, el director del hospital puede, a su discreción, admitir a la persona como paciente voluntario en su propia solicitud o en la solicitud de cualquiera de las personas autorizadas para presentar una solicitud de admisión de un paciente menor de 16 años de edad.

B. IDONEIDAD DE LA ADMISIÓN

El director del hospital debe encontrar que la persona tiene una enfermedad mental para la cual la atención y el tratamiento en un hospital psiquiátrico son apropiados y que esa persona es adecuada para la admisión voluntaria, como se describe a continuación en C.

C. APTITUD PARA LA ADMISIÓN

Para que una persona sea considerada apta para admisión voluntaria en un hospital, debe ser notificada y tener la capacidad de comprender lo siguiente:

- que está presentando una solicitud de admisión;
- que el hospital para el cual solicita la admisión es un hospital para personas con enfermedades mentales; y
- la naturaleza del estado voluntario y las disposiciones que rigen la liberación o conversión al estado involuntario.

D. CONVERSIÓN

Para que un paciente involuntario se convierta a estado voluntario, también son aplicables los requisitos anteriores sobre la solicitud por escrito y la aptitud para la admisión.

E. FIRMA ELECTRÓNICA

Los formularios OMH 472, 472-SR1 y 472-SR2 pueden completarse y firmarse electrónicamente, de conformidad con la Ley de Firmas y Registros Electrónicos (Electronic Signatures and Records Act), incluso a través del expediente médico electrónico de un proveedor. Los proveedores deben garantizar que los formularios puedan imprimirse y/o entregarse en el formato aprobado al paciente, al tutor del paciente, al hospital que realiza la admisión y a los Servicios Legales de Higiene Mental.

II. DISPOSICIONES GENERALES DEL ESTADO VOLUNTARIO

A los pacientes con estado voluntario se les debe proporcionar una notificación escrita de su estado y de sus derechos al momento de la admisión o de la conversión a estado voluntario y cada 120 días posteriormente. Al momento de dicho aviso periódico, se obtendrá el consentimiento por escrito del paciente para su estadía continua como paciente voluntario y se entregará una copia de dicho consentimiento a los Servicios Legales de Higiene Mental. Ningún paciente en estado voluntario permanecerá en dicho estado por más de doce meses, a menos que su adecuación y disposición para seguir siendo un paciente voluntario hayan sido revisadas por los Servicios Legales de Higiene Mental. El paciente o cualquier persona que actúe en nombre del paciente puede solicitar información o asistencia de los Servicios Legales de Higiene Mental en cualquier momento y mientras esté en estado voluntario. En la siguiente página de este formulario aparece información adicional sobre el Servicio.

III. DISPOSICIONES PARA EL ALTA DE PACIENTES CON ESTADO VOLUNTARIO Y LA CONVERSIÓN A ESTADO INVOLUNTARIO

Los pacientes en estado voluntario pueden: 1) continuar en dicho estado 2) ser liberados condicionalmente; 3) ser dados de alta; o 4) ser convertidos al estado involuntario.

Un paciente con estatus voluntario que desee abandonar el hospital debe presentar una notificación por escrito al director de la institución. Al recibir dicho aviso, el director deberá liberar al paciente de inmediato o, si existen motivos razonables para creer que el paciente cumple con los criterios de hospitalización involuntaria, retener al paciente por hasta 72 horas. Antes de que expire el período de 72 horas, el director deberá dar de alta al paciente o solicitar al tribunal una orden para mantener al paciente en el hospital de manera involuntaria. Se notificará al paciente su derecho a ser escuchado.

Si el tribunal determina que el paciente tiene una enfermedad mental y necesita hospitalización involuntaria, emitirá una orden autorizando la retención del paciente por no más de sesenta días a partir de la fecha de la orden. Se puede presentar la solicitud de retención futura del paciente por un período de seis meses y un año y sucesivos períodos de dos años a partir de entonces ante el tribunal si la condición del paciente justifica una hospitalización involuntaria adicional.

En el caso de un paciente menor de dieciséis años o mayor, el paciente puede entregar el aviso que solicita la liberación del paciente, por la persona que presentó su solicitud de admisión, por una persona de relación igual o más cercana, o por los Servicios Legales de Higiene Mental. Si cualquier otra persona entrega dicho aviso, el director puede, a su discreción, negarse a dar de alta al paciente y, en caso de dicho rechazo, dicha otra persona o los Servicios Legales de Higiene Mental pueden solicitar al tribunal la liberación del paciente.

En el caso de un menor de menos de dieciséis años que proporciona un aviso solicitando la liberación, el director puede, a su discreción, negarse a dar de alta al paciente y, en caso de dicho rechazo, la persona que solicitó la admisión del paciente menor, un persona de relación igual o más cercana, o los Servicios Legales de Higiene Mental puede solicitar a la corte la liberación del paciente.

IV. NOTIFICACIÓN A LOS SERVICIOS LEGALES DE HIGIENE MENTAL SOBRE LA ADMISIÓN, LA CONVERSIÓN DE UN ESTADO LEGAL A OTRO Y EL TRASLADO O ALTA DE PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

Cuando una persona menor de 18 años de edad ingresa en cualquier hospital o se convierte de un estado de admisión a otro, los Servicios Legales de Higiene Mental serán notificados de la admisión o conversión dentro de los tres días. El aviso especificará la edad y el estado de admisión de la persona.

Ningún paciente voluntario menor de 18 años admitido por solicitud propia será trasladado sin su consentimiento previo, a menos que se proporcione notificación escrita del traslado propuesto a los Servicios Legales de Higiene Mental con al menos tres días de anticipación y que dichos Servicios tengan la oportunidad de entrevistar al paciente y revisar el traslado propuesto.

Ningún paciente voluntario menor de 18 años admitido a solicitud de otra persona será trasladado sin el consentimiento previo del paciente y de su padre, madre o tutor legal, si corresponde, a menos que se proporcione notificación escrita del traslado propuesto a los Servicios Legales de Higiene Mental con al menos tres días de anticipación y que dichos Servicios tengan la oportunidad de entrevistar al paciente y revisar el traslado propuesto.

Se notificará de inmediato por escrito a los Servicios Legales de Higiene Mental sobre el alta o traslado de cualquier paciente menor de 18 años.

V. INFORMACIÓN GENERAL

A. SERVICIOS LEGALES DE HIGIENE MENTAL

Los Servicios Legales de Higiene Mental son una agencia de la Oficina de Administración de la Corte del Estado de Nueva York que brinda servicios legales de protección, asesoramiento y asistencia, incluida la representación a todos los pacientes ingresados en centros psiquiátricos. Los pacientes tienen derecho a ser informados de sus derechos con respecto a la hospitalización y el tratamiento, y tienen derecho a una audiencia en la corte, a ser representados por un abogado y a solicitar una opinión médica independiente.

Hay una oficina de Servicios Legales de Higiene Mental en muchos hospitales psiquiátricos. Cuando no haya consultorio en el hospital, un representante del Servicio realiza visitas periódicas y frecuentes. Cualquier paciente o cualquier persona en su nombre pueden ver o comunicarse con un representante del Servicio llamando por teléfono o escribiendo directamente a la oficina del Servicio o solicitando a alguien del personal de la sala del paciente que haga dichos arreglos en su nombre. Puede comunicarse con el representante de Servicios Legales de Higiene Mental para este hospital en

B. REEMBOLSO

El paciente es legalmente responsable del pago del costo de la atención. Además, es responsable el cónyuge del paciente y, en algunos casos, los padres de un paciente menor de 21 años de edad. También son legalmente responsables el comité, tutor o administrador de un fondo fiduciario establecido para el apoyo del paciente, o cualquier fiduciario o beneficiario de fondos para el paciente. Los cargos pueden eximirse o reducirse cuando no se pueda pagar. Cualquier persona que solicite una exención o reducción de cargos debe cooperar en una investigación financiera para determinar la capacidad de pago.

<p>SOLICITUD VOLUNTARIA PARA HOSPITALIZACIÓN (Ley de Higiene Mental §§9.13 y 9.23)</p> <p><i>Antes de completar, lea las instrucciones en las páginas anteriores.</i></p>	<p>Nombre (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) _____</p> <p>Género _____ Fecha de nacimiento _____</p> <p>MRN _____</p> <p>Ubicación/Centro _____</p>
--	---

OMH Form 472

PARTE A – SOLICITUD DE ESTADO VOLUNTARIO

Esta parte debe estar firmada por la persona que realiza la solicitud sobre el estado voluntario o la conversión al estado voluntario
 He sido notificado y entiendo la naturaleza del estado voluntario y las disposiciones que rigen la liberación o conversión al estado voluntario.

Admisión

Yo, _____, por el presente documento solicito mi admisión en _____, un hospital para personas con enfermedades mentales.

Conversión a estado voluntario

Yo, _____, por medio del presente documento solicito conversión a estado voluntario en:
 _____, un hospital para personas con enfermedades mentales.

Mis razones para solicitar la admisión o la conversión al estado voluntario son:

Firma de la persona que solicita el estado voluntario o la conversión al estado voluntario	Fecha	Hora (a. m./p. m.)
--	-------	--------------------

PARTE B – CONFIRMACIÓN DEL MÉDICO O DEL ENFERMERO PRACTICANTE SOBRE LA NECESIDAD DE HOSPITALIZACIÓN Y LA APTITUD PARA EL ESTADO VOLUNTARIO

He examinado al paciente nombrado anteriormente antes de la admisión o conversión y confirmo:

- Que el paciente tiene una enfermedad mental para la cual la atención y el tratamiento en un hospital mental son apropiados;
- Que el paciente es adecuado para el estado voluntario; y
- Que se puede esperar razonablemente que la hospitalización mejore la condición del paciente o al menos evite el deterioro del paciente.

Firma del médico o enfermero practicante	Fecha	Hora (a. m./p. m.)
--	-------	--------------------

<p>SOLICITUD VOLUNTARIA PARA HOSPITALIZACIÓN (Ley de Higiene Mental §§9.13 y 9.23)</p> <p><i>Antes de completar, lea las instrucciones en las páginas anteriores.</i></p> <p>OMH Form 472</p>	<p>Nombre (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) _____</p> <p>Género _____ Fecha de nacimiento _____</p> <p>MRN _____</p> <p>Ubicación/Centro _____</p>
--	--

PARTE C – SOLICITUD DE ADMISIÓN VOLUNTARIA DE UN MENOR

Esta parte debe estar firmada por la persona que solicita la admisión voluntaria o la conversión al estado voluntario de un menor. He sido notificado y entiendo la naturaleza del estado voluntario y las disposiciones que rigen la liberación o conversión al estado voluntario.

Admisión

Por el presente documento solicito la admisión de _____, edad _____, en _____, un hospital para personas con enfermedades mentales.

Conversión a estado voluntario

Por el presente documento solicito la conversión de _____, edad _____, a estado voluntario en _____, un hospital para personas con enfermedades mentales.

Mis razones para solicitar la admisión o la conversión al estado voluntario son:

Firma de la persona que solicita el estado voluntario o la conversión al estado voluntario	Relación con el paciente	Fecha	Hora (a. m./p. m.)
--	--------------------------	-------	--------------------

PARTE D – CONFIRMACIÓN DEL MÉDICO O DEL ENFERMERO PRACTICANTE SOBRE LA NECESIDAD DE HOSPITALIZACIÓN Y LA APTITUD PARA EL ESTADO VOLUNTARIO

He examinado al paciente nombrado anteriormente antes de la admisión o conversión y confirmo:

- Que el paciente tiene una enfermedad mental para la cual la atención y el tratamiento en un hospital mental son apropiados;
- Que el paciente es adecuado para el estado voluntario; y
- Que se puede esperar razonablemente que la hospitalización mejore la condición del paciente o al menos evite el deterioro del paciente.

Firma del médico o enfermero practicante	Fecha	Hora (a. m./p. m.)
--	-------	--------------------

<p>AVISO DE ESTADO Y DERECHOS DE ADMISIÓN VOLUNTARIA (Ley de Higiene Mental §9.13)</p> <p><i>(Para ser entregado al paciente en el momento de admisión en el hospital)</i></p> <p>OMH Form 472 SR1</p>	Nombre (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) <hr/> Género _____ Fecha de nacimiento _____ MRN _____ Ubicación/Centro _____
--	---

PARA: _____ Fecha de admisión _____

Al recibir su solicitud y tras haberse determinado que usted es apto para la admisión voluntaria, se lo admitió como paciente en estado voluntario en este hospital, el cual brinda atención y tratamiento a personas con enfermedades mentales.
 O BIEN

(Solo para admisión voluntaria de menores) Al recibir una solicitud presentada en su nombre de conformidad con la Ley de Higiene Mental, y tras haberse determinado que usted es apto para la admisión voluntaria, se lo admitió como paciente en estado voluntario en este hospital, el cual brinda atención y tratamiento a personas con enfermedades mentales.

A partir de este momento, usted puede permanecer como paciente voluntario o ser dado de alta si ya no requiere hospitalización. También puede convertirse su estado a involuntario, pero únicamente si se certifica que cumple con los requisitos para la admisión involuntaria y si no está dispuesto o ya no es apto para permanecer en el hospital de manera voluntaria.

Mientras se encuentre en estado voluntario, usted puede, en cualquier momento, notificar por escrito al personal del hospital si desea ser dado de alta. Al recibir dicha notificación, usted será dado de alta sin demora, a menos que el director considere que usted cumple con los requisitos para la admisión involuntaria y que, por lo tanto, debe permanecer en el hospital; en ese caso, el director tendrá 72 horas para solicitar a un tribunal una orden que permita retenerlo en el hospital.

Usted, y cualquier persona que actúe en su nombre, puede solicitar al personal del hospital información sobre su condición, su estado y sus derechos conforme a la Ley de Higiene Mental, así como sobre las normas y reglamentos de este hospital.

SERVICIOS LEGALES DE HIGIENE MENTAL

Los Servicios Legales de Higiene Mental, una agencia judicial independiente de este hospital, puede brindarle a usted y a su familia servicios legales de protección, asesoramiento y asistencia, incluida representación legal, en relación con su hospitalización. Usted tiene derecho a ser informado de sus derechos con respecto a la hospitalización y el tratamiento, y tiene derecho a una audiencia en la corte, a ser representado por un abogado y a solicitar una opinión médica independiente.

Usted, o cualquier persona que actúe en su nombre, puede reunirse o comunicarse con un representante de los Servicios Legales de Higiene Mental llamando por teléfono o escribiendo directamente a la oficina del Servicio, o solicitando al personal del hospital que haga los arreglos necesarios para ello.

Puede comunicarse con el representante de los Servicios Legales de Higiene Mental para este hospital en:

HE LEÍDO, O ME HAN LEÍDO, EL CONTENIDO DE ESTE AVISO Y LO COMPRENDO.

Firma del paciente	Fecha	Hora (a. m./p. m.)
(Cuando corresponda) Firma de la persona que firmó la solicitud de admisión voluntaria	Fecha	Hora (a. m./p. m.)

AL PACIENTE MENCIONADO ARRIBA SE LE ENTREGÓ UNA COPIA DE ESTE AVISO. También se enviará una copia de este Aviso de Estado y Derechos a los Servicios Legales de Higiene Mental.

Firma del profesional de la salud mental	Fecha	Hora (a. m./p. m.)
--	-------	--------------------

<p>AVISO DE CONDICIÓN Y DERECHOS: CONVERSIÓN A ESTADO VOLUNTARIO (Ley de Higiene Mental §9.13)</p> <p><i>(Para ser entregado al paciente en el momento de admisión en el hospital)</i></p> <p>OMH Form 472 SR2</p>	Nombre (apellido, nombre e inicial del segundo nombre) _____ Género _____ Fecha de nacimiento _____ MRN _____ Ubicación/Centro _____
---	---

PARA: _____ Fecha de admisión _____
 Fecha de conversión _____

- Al recibir su solicitud y tras haberse determinado que usted es apto para la admisión voluntaria, se lo convirtió a paciente en estado voluntario en este hospital, el cual brinda atención y tratamiento a personas con enfermedades mentales.
- O BIEN
- (Solo para admisión voluntaria de menores)** Al recibir una solicitud presentada en su nombre de conformidad con la Ley de Higiene Mental, y tras haberse determinado que usted es apto para la admisión voluntaria, se lo convirtió a paciente en estado voluntario en este hospital, el cual brinda atención y tratamiento a personas con enfermedades mentales.

A partir de este momento, usted puede permanecer como paciente voluntario o ser dado de alta si ya no requiere hospitalización. También puede convertirse su estado a involuntario, pero únicamente si se certifica que cumple con los requisitos para la admisión involuntaria y si no está dispuesto o ya no es apto para permanecer en el hospital de manera voluntaria.

Mientras se encuentre en estado voluntario, usted puede, en cualquier momento, notificar por escrito al personal del hospital si desea ser dado de alta. Al recibir dicha notificación, usted será dado de alta sin demora, a menos que el director considere que usted cumple con los requisitos para la admisión involuntaria y que, por lo tanto, debe permanecer en el hospital; en ese caso, el director tendrá 72 horas para solicitar a un tribunal una orden que permita retenerlo en el hospital.

Usted, y cualquier persona que actúe en su nombre, puede solicitar al personal del hospital información sobre su condición, su estado y sus derechos conforme a la Ley de Higiene Mental, así como sobre las normas y reglamentos de este hospital.

SERVICIOS LEGALES DE HIGIENE MENTAL

Los Servicios Legales de Higiene Mental, una agencia judicial independiente de este hospital, puede brindarle a usted y a su familia servicios legales de protección, asesoramiento y asistencia, incluida representación legal, en relación con su hospitalización. Usted tiene derecho a ser informado de sus derechos con respecto a la hospitalización y el tratamiento, y tiene derecho a una audiencia en la corte, a ser representado por un abogado y a solicitar una opinión médica independiente.

Usted, o cualquier persona que actúe en su nombre, puede reunirse o comunicarse con un representante de los Servicios Legales de Higiene Mental llamando por teléfono o escribiendo directamente a la oficina del Servicio, o solicitando al personal del hospital que haga los arreglos necesarios para ello.

Puede comunicarse con el representante de los Servicios Legales de Higiene Mental para este hospital en:

HE LEÍDO, O ME HAN LEÍDO, EL CONTENIDO DE ESTE AVISO Y LO COMPRENDO.

Firma del paciente	Fecha	Hora (a. m./p. m.)
(Cuando corresponda) Firma de la persona que firmó la solicitud de admisión voluntaria	Fecha	Hora (a. m./p. m.)

AL PACIENTE MENCIONADO ARRIBA SE LE ENTREGÓ UNA COPIA DE ESTE AVISO. También se enviará una copia de este Aviso de Estado y Derechos a los Servicios Legales de Higiene Mental.

Firma del profesional de la salud mental	Fecha	Hora (a. m./p. m.)
--	-------	--------------------