

# PETICIÓN PARA ADMISIÓN INVOLUNTARIA / JUDICIAL A UN CENTRO ADMINISTRADO POR EL ESTADO

ESTADO DE ILLINOIS

TRIBUNAL DE DISTRITO DEL DISTRITO JUDICIAL DE \_\_\_\_\_

CONDADO \_\_\_\_\_

EN EL ASUNTO DE:

\_\_\_\_\_  
(nombre del demandado)

)  
)  
)  
)  
)  
)  
)

Número deL Caso: \_\_\_\_\_

Quien se declara es la persona sujeta a admisión \_\_\_\_\_ en un centro y para quien se inicia esta  
(judicial / involuntaria)

petición por la razón de: (Seleccione una o más, si aplica)

- Admisión de emergencia como paciente interno con certificado; (405 ILCS 5/3-600). El paciente está detenico en un centro de salud mental u hospital; nombre del centro en donde está detenido: \_\_\_\_\_
- Admisión como paciente interno por orden judicial; (405 ILCS 5/3-700).
- Admitido voluntariamente presentó aviso escrito deseando darse de alta y se adjuntan / presentan dos Certificados con esta petición; (405 ILCS 5/3-403).
- Admitido voluntariamente no presentó aviso que afirma deseo de continuar el tratamiento y se adjuntan / presentan dos certificados con esta petición; (405 ILCS 5/3-404).
- La persona continua sujeta a admisión involuntaria como paciente interno; (405 ILCS 5/3-813).
- Admisión de emergencia para persona con discapacidades del desarrollo; (405 ILCS 5/4-400).
- Admisión judicial para persona con discapacidades del desarrollo; (405 ILCS 5/4-500).
- La persona con discapacidades del desarrollo o una persona interesada que la representa ha presentado por escrito una objeción a la admisión; (405 ILCS 5/4-306).
- Persona administradora, (o persona que ejecuta la solicitud) no autoriza la residencia continua; (405 ILCS 5/4-310).
- La persona continua cumpliendo con el estándar para admisión judicial; (405 ILCS 5/4-611).

Yo declaro que \_\_\_\_\_ es: (marque todo lo que aplica)

- Una persona que es enfermo mental y que debido a su enfermedad se anticipa razonablemente, a menos que sea tratado como paciente internado, que participe en conducta que coloca a esa persona o a otras personas en peligro de ser lastimados físicamente o en expectativa razonable de ser lastimados físicamente;
- Una persona que es enfermo mental y que debido a su enfermedad no puede proveerse sus necesidades físicas básicas tal como cuidarse de daño físico grave sin ayuda de la familia o de otros a menos que sea tratado como paciente internado;
- Una persona con enfermedad mental que rehúsa tratamiento o no se adhiere adecuadamente al tratamiento prescrito, debido a la naturaleza de su enfermedad no puede comprender la necesidad de tratamiento, y si no es tratado como paciente internado, se anticipa razonablemente basado en su historial de conducta, que sufra deterioro mental o emocional, y se anticipa razonablemente, después de tal deterioro, cumpla con los criterios del párrafo uno o párrafo dos indicados arriba.
- Un individuo con discapacidades del desarrollo y a menos que sea tratado como paciente interno, se anticipa razonablemente que puede en un futuro cercano hacerse daño físico grave a sí mismo o a otros; y / o
- Necesita hospitalización inmediata para prevención de dichos daños.

**Yo baso esta declaración en lo siguiente (Provea una declaración detallada incluso una descripción de indicadores y síntomas de la enfermedad mental del demandado. Incluya diagnósticos y hospitalizaciones anteriores. Describa actos o amenazas, u otros patrones de conducta que apoyan esta declaración. Incluya observaciones personales que le hagan creer que el demandado está sujeto a admisión involuntaria). (Añada más páginas si es necesario):**

A continuación incluya una lista de testigos que puedan proveer declaraciones de los hechos (incluya direcciones y números teléfono)

A continuación indique los nombres del esposo(a), padres, tutor, o sustituto que toma decisiones, si hay alguno, y pariente o, si no hay, un amigo del demandado que yo creo puede saber o tener alguna de las otras direcciones o nombres. Si no hay nombres ni direcciones anotados, hice esfuerzos diligentes para identificar y ubicar a estos individuos y a continuación se describen los pasos específicos dados por mí para hacer esta averiguación **(si es necesario, añada páginas adicionales):**

- tengo       no tengo      un interés legal en este asunto.
- tengo       no tengo      un interés económico en este asunto.
- estoy       no estoy      involucrado e litigación con el demandado.
- Aunque yo haya indicado que tengo interés legal o económico en este asunto o que estoy involucrado en litigación con el demandado, yo creo que no es práctico ni posible que otra persona sea el peticionario por las siguientes razones:

No se incluye un certificado con esta petición debido a que no hubo médico, psicólogo clínico o examinador calificado inmediatamente disponible o después de diligentes esfuerzos fue imposible obtener un certificado. Sin embargo: Yo creo que como resultado de mi observación personal, el demandado está sujeto a admisión involuntaria. Se ha hecho un esfuerzo para obtener un certificado, pero no se pudo encontrar un médico, examinador calificado o psicólogo clínico que haya examinado o que podría examinar al demandado; y se ha hecho un esfuerzo diligente para convencer al demandado que comparezca voluntariamente para ser examinado por un médico, examinador calificado o psicólogo clínico, o yo creo razonablemente que el esfuerzo podría imponer un riesgo para que el demandado se cause daño o lastime o cause daños a otros.

- Se adjunta un Certificado del Examen.  
 Se adjuntan dos Certificados del Examen.

¿Ha sido el demandado detenido, puesto bajo custodia, y / o transportado al centro de salud mental por un oficial de orden público?

- No  Sí

Si contestó sí, el oficial del orden público puede completar esta petición o si la petición NO ES COMPLETADA por el oficial que transporta al individuo, SE DEBE incluir la siguiente información:

Nombre del Oficial Que lo Transporta: \_\_\_\_\_ Número de Placa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

El peticionario puede pedir que se le notifique si el director del centro aprueba la petición del demandado para el ingreso voluntario o informal antes de la adjudicación. El peticionario también puede ser notificado que el demandado ha sido dado de alta bajo la sección 3-902 (d) del Código de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo. Si no indica una opción, se considerará que ha decidido que NO quiere ser notificado.

- Si el individuo pide y es aprobado para su admisión voluntaria o informal antes de la adjudicación, yo quiero que me notifiquen mediante la información de contacto provista a continuación. (Personal del hospital use el Formulario IL462-2203 para propósitos de notificación).  
 Si el individuo fue admitido o dado de alta por el tribunal, yo deseo que me notifiquen usando la información de contacto provista a continuación. (Personal del hospital use el Formulario IL462-2208M para propósitos de notificación).  
 No deseo ser notificado en ninguna de las dos situaciones descritas arriba.

El peticionario ha hecho un intento de buena fe para determinar si el individuo ha nombrado un apoderado para cuidado de salud mental bajo la ley con Poder de Abogado para Cuidado de Salud o declaración para tratamiento de salud mental bajo el Acta de Declaración de Preferencias de Tratamiento de Salud Mental y para obtener copias de estos instrumentos, si existen  
Yo he leído y entiendo esta petición y afirmo que las declaraciones hechas por mí son verdaderas de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Yo he leído y entiendo que hacer falsas declaraciones a sabiendas en esta Petición es un delito menor de Clase A.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco con el Demandado: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Durante las 12 horas de la admisión a la institución bajo este estado, yo le di al demandado una copia de esta petición (MHDD - IL 462-2005). Yo he explicado los "Derechos del Admitido" al demandado y le he dado una copia del mismo. Yo también le he dado una copia de los "Derechos de los Individuos que Reciben Servicios de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo" (MHDD - IL 462-2001) y le he explicado esos derechos (405 ILCS 5/3-609).

Fecha/Hora de Admisión: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

A Unidad Psiquiátrica / Centro de Salud Mental

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

#### DERECHOS DEL ADMITIDO

1. Si usted ha sido traído a esta institución basado en esta petición solamente, usted no será admitido inmediatamente, pero será detenido para ser examinado. Usted tiene que ser examinado por un profesional calificado durante las 24 horas o ser dado de alta.
2. Cuando usted sea examinado por un médico, psicólogo clínico, examinador calificado, o psiquiatra, usted no tiene que hablar con el que lo examina. Cualquier cosa que usted diga puede ser relatada por el examinador en el tribunal concerniente al asunto de que usted está o no sujeto a una admisión judicial o involuntaria.
3. En el momento en que usted sea certificado, usted será admitido en el centro y se registrará en el tribunal una copia de la petición y del certificado. También una copia de la petición debe ser entregada a usted.
- 4A. Si se alega que usted está sujeto a admisión involuntaria (enfermo mental) también tiene que ser examinado dentro de 24 horas excluyendo sábados, domingos y días feriados por un psiquiatra (diferente del primero que le examinó) o ser dado de alta. Si se alega que usted está sujeto a admisión involuntaria, el tribunal fijará una audiencia para el asunto.
- 4B. Si se alega que usted está sujeto a admisión judicial (discapacidades del desarrollo), el tribunal fijará una audiencia al recibo de la evaluación del diagnóstico, el cual requiere completarse dentro de los 7 días.
- 5A. Si se alega que usted está sujeto a admisión involuntaria (enfermo mental) y el director del centro lo aprueba, usted puede ser admitido(a) al centro voluntariamente, en cualquier momento, cuando usted lo pida, antes de la audiencia del tribunal.  
  
El tribunal puede requerir pruebas de que la admisión voluntaria es lo mejor para usted y para el público.
- 5B. Si se alega que usted está sujeto a admisión judicial (discapacidades del desarrollo) y si el director del centro lo aprueba, usted puede decidir que prefiere ser admitido por sí mismo al centro en vez de que el tribunal decida si usted tiene que ser admitido. Usted puede hacer una petición para admisión administrativa en cualquier momento antes de la fecha de la audiencia. El tribunal puede requerir pruebas de que la admisión voluntaria es lo mejor para usted y para el público.
6. Usted tiene derecho de pedir un jurado.
7. Usted tiene derecho a pedir ser examinado por un médico independiente, psiquiatra, psicólogo clínico, o el examinador calificado que usted escoja. Si usted no puede conseguir la examinación, el tribunal puede designarle un examinador, cuando usted lo pida.
8. Usted tiene derecho a ser representado por un abogado. Si usted no tiene fondos o no puede obtener un abogado, el tribunal le designará uno.
9. Usted tiene derecho a estar presente en la audiencia del tribunal.
10. Como regla general, usted no pierde ninguno de sus derechos legales, beneficios, o privilegios simplemente porque usted ha sido admitido a un centro de salud mental (vea su copia "(Derechos de Individuos)". Sin embargo, usted debe saber que las personas admitidas a un centro de salud mental serán descalificadas para obtener Tarjetas de Identificación para posesión de armas de fuego, o puede perder dicha tarjeta, si la obtiene antes de la admisión.
11. La información sobre cuidado de salud que usted recibe en un centro de salud mental o discapacidades del desarrollo está protegida por el reglamento de privacidad bajo el Acta de Responsabilidad y Portabilidad y Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) (P.O. 104-191) en 45 CFR 160 y 164. Su información identificable de salud sólo será usada y / o revelada de acuerdo con HIPAA y el Acta de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo [740 ILCS 110].

La Comisión de Abogacía y Custodia es una agencia estatal que consta de tres divisiones: Servicios de Abogacía Legal, Autoridad de Derechos Humanos y Oficina de Custodia Estatal. La Comisión se ubica en las siguientes oficinas:

**East Central Regional Office**

2125 S. First Street  
Champaign, IL 61820  
Teléfono: (217) 278-5577  
Fax: (217) 278-5588

**Peoria Regional Office**

401 N. Main Street, Suite 620  
Peoria, IL 61602  
Teléfono: (309) 671-3030  
Fax: (309) 671-3060

**Rockford Regional Office**

4302 N. Main Street, Suite 108  
Rockford, IL 61103  
Teléfono: (815) 987-7657  
Fax: (815) 987-7227

**Egyptian Regional Office**

47 Cottage Drive  
Anna, Illinois 62906-1669  
Teléfono: (618) 833-4897  
Fax: (618) 833-5219

**West Suburban Regional Office**

Madden Mental Health Center  
1200 S. First Street, P.O. Box 7009  
Hines, IL 60141  
Teléfono: (708) 338-7500  
Fax: (708) 338-7505

**Metro East Regional Office**

Holly Bldg., 4500 College  
Suite 100  
Alton, IL 62002  
Teléfono: (618) 474-5503  
Fax: (618) 474-5517

**North Suburban Regional Office**

9511 Harrison Avenue  
Des Plaines, Illinois 60016  
Teléfono: (847) 294-4264  
Fax: (847) 294-4263

**Chicago Regional Office**

160 N. La Salle Street  
Suite S500  
Chicago, IL 60601  
Teléfono: (312) 793-5900  
Fax: (312) 793-4311

**Springfield Regional Office**

521 Stratton Building  
401 S. Spring Street  
Springfield, IL 62706  
Teléfono: (217) 785-1540  
Fax: (217) 524-0088

Equip for Equality, Inc. es una organización independiente, sin fines de lucro que administra el sistema federal de protección y abogacía para personas con discapacidades en Illinois. Equip for Equality, Inc., provee asistencia para auto abogacía, servicios legales, educación, abogacía y reglamentación pública e investigaciones de abuso. Las oficinas se ubican en

**Main/Chicago Office**

20 N. Michigan, Ste 300  
Chicago, Illinois 60602  
(800) 537-2632 or  
(312) 341-0022  
TTY: (800) 610-2779  
Fax: (312) 341-0295

**Central Illinois**

1 West Old Capitol Plaza, Suite 816  
Springfield, IL 62701 O Box 276  
(217) 544-0464  
(800) 758-0464  
TTY: (800) 610-2779  
Fax: (217) 523-0720

**Northwestern Illinois**

1515 Fifth Avenue, Suite 420  
Moline, IL 61265  
(309) 786-6868  
(800) 758-6869  
TTY: (800) 610-2779  
Fax: (309) 797-8710

**Southern Illinois**

300 E. Main Street, Suite 18  
Carbondale, IL 62901  
(618) 457-7930  
(800) 758-0559  
TTY: (800) 610-2779  
Fax: (618) 457-7985

Website: [www.equipforequality.org](http://www.equipforequality.org)

Yo certifico que he entregado al demandado una copia de este formulario.

Inglés

Español

Otro

Especifique lenguaje: \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_