|  |  |
| --- | --- |
|  | **MARYLAND**  Department of Health |

BEHAVIORAL HEALTH ADMINISTRATION

**비자발적 입원 신청서에 동봉하는**

**의사, 심리학자 또는**

**정신병원 간호사 증명서**

정신병 관리 또는 치료를 위해 시설에 비자발적으로 입원하는 조치는 메릴랜드주 법률, 보건 일반 조항§§10-613—10-617, 및 COMAR 10.21.01의 규율을 받습니다.

환자의 복지에 관한 적법한 이해관계에 있는 사람이 비자발적 입원 신청서를 작성할 수 있습니다. 신청서는 필수 양식(DHMH #34)으로 작성되어야 하며, 신청인이 날짜를 기입 및 서명하고, 비자발적 입원 대상자와의 신청인의 관계를 명시하고, 2명의 의사, 한 명의 의사 및 한 명의 심리학자, 한 명의 의사 및 한 명의 정신병원 간호사의 증명서를 동봉해야 합니다.

비자발적 입원 증명서는 본 양식을 따라야 하며, 증명서에 서명하는 의사, 심리학자 또는 정신병원 간호사의 진찰에 근거해야 하며, 다음 내용을 포함해야 합니다. (1) 환자 정신병의 진단, (2) 환자에 입원 관리 또는 치료가 필요하다는 소견, (3) 환자 또는 타인을 보호하기 위해 입원이 필요하다는 소견. 증명서 서명일 1주 이전에 진찰한 경우, 또는 시설이 입원 신청서를 받기 30일 이전에 진찰한 경우, 해당  증명서를 입원 목적으로 사용할 수 없습니다.

환자 또는 타인를 보호하기 위해, 환자에 대한 시설의 비자발적 관리 또는 치료가 필요함을 입증하는 의료 보고서 또는 기록을 증명서에 첨부해야 합니다. 그러한 보고서 또는 기록을 제공할 수 없거나, 존재하지 않는 경우, 증명 의사, 심리학자 또는 정신병원 간호사 중 한 명이 환자의 병력을 요약하고, 환자의 현재 증상 및 진단 결과를 명시하고, 증명 의사, 심리학자 또는 정신병원 간호사의 전문적 판단에 따라 환자가 비자발적 관리 또는 치료 요건을 충족하는 이유를 설명하는 상세한 메모를 제출해야 합니다. (보건-일반 조항, §10-616 및 COMAR 10.21.01).

환자의 입원 신청이 증명되었으며 응급실(ED)이 소속된 병원에 병실이 없을 경우, 응급실 의료진은 MIEMSS를 통해 병실 등록부를 확인하거나 등록부에 없는 병원에 연락하여 병실을 구해야 합니다. 사용할 수 있는 병실을 확인하려면 MIEMSS 웹사이트 [http://www.miemss.org](http://www.miemss.org/)를 방문한 다음 "Hospital Login(병원 로그인, FRED)"을 클릭하여 로그인하십시오.

Maryland Department of Health(메릴랜드 보건국)의 서비스 및 프로그램은 차별없는 치료를 기반으로 하며 1964년 Civil Rights Act(시민권리법) 제6부를 준수합니다. Spring Grove Hospital Center, 55 Wade Avenue, Dix Building, Catonsville, MD 21228의 Behavioral Health Administration(행동건강과) 과장 및 U.S. Department of Health , and Human Services, 150 S. Independence Mall West, Suite 372, Philadelphia, PA 19106-3499의 Office of Civil Rights(시민권 사무국) 국장에게 차별 문제에 대한 불만을 서면으로 제기할 수 있습니다.

**의사, 심리학자 또는 정신병원 간호사 증명서**

본인, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 은 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 의 소속으로

의사, 심리학자 또는 정신병원 간호사 이름  시설 이름 또는 사무실 주소 전화번호

\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_에 다음 사람을 진찰했음을 증명합니다.

환자 이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

이름 성 중간 이름

환자 주소:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

거리명 시 주 카운티 전화번호

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

생년월일 나이 성별 결혼 여부 사회보장번호

히스패닉 또는 라틴계: ⬜ 예 ⬜ 아니요

인종(해당하는 모든 인종 카테고리 확인):

⬜ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민

⬜ 아시아계

⬜ 흑인 또는 아프리카계 미국인

⬜ 하와이 원주민 또는 기타 태평양 제도 주민

⬜ 백인

가까운 친척 이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 환자와의 관계: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

시, 주, 우편번호 전화번호

**═════════════════════════════════════════════════════**

정신병 진단 결과: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

증상:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

현재 복용약(유형 및 용량): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

응급 약물 치료(해당하는 경우): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**═════════════════════════════════════════════════════**

다음과 같은 소견을 밝힙니다.

⬜ 이 사람은 정신병을 앓고 있음

⬜ 이 환자는 입원 관리 또는 치료가 필요함

⬜ 이 환자는 환자 또는 타인의 생명과 안전을 위험하게 함

⬜ 이 환자는 자발적인 입원을 할 수 없거나, 원하지 않음

⬜ 환자의 복지 및 안전을 위한 덜 제한적인 형식의 개입 요법이 없음, 및

⬜ 환자가 65세 이상이며 주립 시설 입원을 의뢰할 경우, 노인학 평가팀은 환자의 요구 사항을 충족하는 덜 제한적인 형식의 관리 또는 치료 방식을 사용할 수 없다고 결정함.

⬜ 메릴랜드주 법률, 보건 직업 조항 타이틀 14에 따른 면허를 취득했으며 메릴랜드주에서 의료 행위를 수행할 수 있음을 증명함.

⬜ 메릴랜드주 법률, 보건 직업 조항 타이틀 18에 따른 면허를 취득했으며 메릴랜드주에서 심리학 진료 행위를 수행할 수 있음을 증명함.

⬜ 메릴랜드주 법률, 보건 직업 조항 타이틀 8에 따른 면허를 취득했으며 메릴랜드주에서 정신병원 간호사로 간호 행위를 수행할 수 있음을 증명함.

⬜ 증명 대상인 환자를 입원시킬 특정 시설에 대한 소유권 또는 보상을 통해 금융적 이익을 취하지 않음을 증명함.

⬜ 환자 또는 환자의 입원 신청인과 혈연 또는 혼인 관계가 아닙니다.

날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 시간: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

의사, 심리학자 또는 정신병원 간호사 서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_