

ADMINISTRACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

**CERTIFICADO DEL MÉDICO, PSICÓLOGO O ENFERMERO PSIQUIÁTRICO PARA ACOMPAÑAR LA SOLICITUD DE INGRESO INVOLUNTARIO**

Los ingresos involuntarios de personas a instituciones para la atención o el tratamiento de trastornos mentales se rigen por el Artículo General de Salud, §§10-613—10-617, Código Anotado de Maryland y el Código de Regulaciones de Maryland (Code of Maryland Regulations, COMAR), 10.21.01.

Cualquier persona que tenga un interés legítimo en el bienestar de otra persona puede presentar una solicitud de ingreso involuntario de un individuo. La solicitud debe estar en el formulario requerido (DHMH # 34), estar fechada y firmada por el solicitante, indicar la relación del solicitante con la persona para quien se solicita el ingreso involuntario y estar acompañada de los certificados de dos médicos, un médico y un psicólogo, o un médico y un enfermero psiquiátrico.

En este formulario, se incluirá un certificado de ingreso involuntario que se basará en el examen personal del médico, psicólogo o enfermero psiquiátrico que firma el certificado, e incluirá: (1) un diagnóstico del trastorno mental de la persona, (2) una opinión de que la persona necesita atención o tratamiento para pacientes internados y (3) una opinión de que la hospitalización es necesaria para la protección de la persona o de otros. No se puede utilizar un certificado para el ingreso si el examen se realizó más de una semana antes de que se firme el certificado o más de 30 días antes de que la institución reciba la solicitud de ingreso.

El certificado deberá tener adjunto todos los informes o registros médicos disponibles que respalden la necesidad de la persona de recibir atención o tratamiento involuntario en una institución para la protección del individuo o de otros. Si estos informes o registros no están disponibles o no existen, entonces uno de los médicos, psicólogos o enfermeros psiquiátricos que certifique deberá presentar una nota detallada que resuma el historial médico de la persona, declare los síntomas y el diagnóstico actuales de la persona, y dé una explicación de por qué, a juicio del médico, psicólogo o enfermero psiquiátrico certificador, la persona cumple con los requisitos de atención o tratamiento involuntarios. (Artículo General de Salud, §10-616 y COMAR 10.21.01)

Si la persona está certificada y no hay una cama disponible en el hospital afiliado a ese Departamento de Emergencias (Emergency Department, ED), el personal del ED debe consultar el registro de camas a través del MIEMSS o llamar a los hospitales que no están en el registro para encontrar una cama. Para conocer la disponibilidad de camas, consulte el sitio web del MIEMSS en [http://www.miemss.org](http://www.miemss.org/); luego, haga clic en “Hospital Login (FRED)” para iniciar sesión.

Los servicios y los programas del Departamento de Salud de Maryland se brindan de manera no discriminatoria y de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. Puede enviar cualquier queja sobre presunta discriminación por escrito al Director, Behavioral Health Administration, Spring Grove Hospital Center, 55 Wade Avenue, Dix Building, Catonsville, MD 21228 o a la Oficina de Derechos Civiles a Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 150 S. Independence Mall West, Suite 372, Philadelphia, PA 19106-3499.

**CERTIFICACIÓN DE UN MÉDICO, PSICÓLOGO O ENFERMERO PSIQUIÁTRICO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del médico, psicólogo o enfermero psiquiátrico  Nombre de la institución o la dirección de la oficina No. de teléfono

certifico que el \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, examiné personalmente a

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección de la persona:

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

 Calle Ciudad Estado Condado No. de teléfono

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

 Fecha de nacimiento Edad Sexo Estado civil No. de SS

Origen hispano o latino:⬜ sí ⬜ no

Raza (marque todas las categorías raciales aplicables):

 ⬜ indio nativo de Norte América o de Alaska

 ⬜ asiático

 ⬜ negro o afroamericano

 ⬜ nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico

 ⬜ blanco

Nombre del pariente más cercano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con la persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal Número de teléfono

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

EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO MENTAL ES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

SÍNTOMAS:

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

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

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

MEDICAMENTOS ACTUALES (tipo y dosis): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA, SI HUBIERE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Determino lo siguiente:

⬜ La persona tiene un trastorno mental.

⬜ La persona necesita atención o tratamiento hospitalario.

⬜ La persona presenta un peligro para su vida o seguridad o las de otros.

⬜ La persona no puede o no quiere ser ingresada voluntariamente.

⬜No existe una forma de intervención disponible menos restrictiva que sea compatible con el bienestar y la seguridad de la persona.

⬜ Y, si la persona tiene 65 años o más y está siendo remitida para su ingreso a una institución estatal, el equipo de evaluación geriátrica ha determinado que no existe una forma de atención o tratamiento disponible menos restrictiva que sea adecuada para las necesidades de la persona.

⬜ Certifico que tengo licencia para ejercer la medicina en el estado de Maryland conforme al Título 14 del Artículo de Ocupaciones de la Salud, Código Anotado de Maryland.

⬜ Certifico que tengo licencia para ejercer la psicología en el estado de Maryland conforme al Artículo de Ocupaciones de la Salud, Título 18, Código Anotado de Maryland.

⬜ Certifico que tengo licencia para ejercer como enfermero psiquiátrico en el estado de Maryland conforme al Artículo de Ocupaciones de la Salud, Título 8, Código Anotado de Maryland.

⬜ No tengo un interés financiero, a través de propiedad o compensación, en una institución privada a la que se solicita el ingreso de la persona cuyo estado se certifica.

⬜ No tengo relación, por consanguinidad o matrimonio, con la persona o con el solicitante para el ingreso de la persona.

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

Firma del médico, psicólogo o enfermero psiquiátrico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_