

**ADMINISTRACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL**

**CERTIFICADO DEL MÉDICO, PSICÓLOGO O ENFERMERO PSIQUIÁTRICO**

 **PARA ACOMPAÑAR LA**

**SOLICITUD DE INGRESO VOLUNTARIO DE UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD**

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

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

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

Nombre de la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección de la persona con discapacidad:

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

Calle Ciudad Estado Condado Número 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 tutor de 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Certifico que los siguientes criterios de ingreso voluntario se han cumplido:

⬜ la persona con discapacidad tiene un trastorno mental;

 ⬜ el trastorno mental es susceptible de atención o tratamiento;

 ⬜ la persona con discapacidad comprende la naturaleza de la solicitud de internación;

 ⬜ la persona con discapacidad puede dar su consentimiento continuo a la retención por parte de la institución; y

 ⬜ la persona con discapacidad puede solicitar la salida.

* Certifico que la persona con discapacidad tiene la capacidad para ejecutar una solicitud de ingreso voluntario.
* Certifico que la persona con discapacidad comprende los criterios de ingreso voluntario y el procedimiento para solicitar el alta de la institución.
* El examen médico con el que se realiza este certificado no se realizó más de una semana antes de la firma de este certificado.
* 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 con discapacidad cuyo estado se certifica.
* No tengo relación, por consanguinidad o matrimonio, con la persona con discapacidad o con el tutor de la persona con discapacidad.
* Si la persona con discapacidad tiene 65 años o más y pretende el 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 con discapacidad.

**Licencia:**

* 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. O
* 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. O
* 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.

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

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