**APPLICATION FOR VOLUNTARY ADMISSION**

**PARA: (nombre del centro)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente:

(Nombre) (Fecha de nacimiento) (Sexo) (Edad)

(Dirección particular) (Ciudad, estado, código postal) (Condado de residencia)

(Número del Seguro Social)

## Solicito el ingreso voluntario de la persona mencionada arriba para su tratamiento en este hospital. Si es ingresada, dicha persona cumplirá todas las normas y reglamentaciones del hospital. Entiendo que dicha persona no puede irse del hospital sin el consentimiento del director del hospital hasta tres (3) días, excluyendo sábados, domingos y días festivos legales, después de haber solicitado el alta por escrito. También entiendo que hay un cargo económico por el tratamiento en un hospital estatal, según lo dispuesto por la ley.

Firma del paciente (mayor de 14 años) (Fecha/Hora)

Firma del padre/madre (si es menor de edad) o tutor legal (Fecha/Hora)

(Dirección)

(Ciudad, estado, código postal) (N.º de teléfono)





## COMPLETAR SI UN TUTOR LEGAL AUTORIZA EL INGRESO

Como tutor legal de la persona mencionada arriba, certifico que tengo la debida autoridad del Tribunal de Tutela para autorizar esta acción. (Consulte K.S.A. 59-2949(b)(3)).

Q Se adjunta copia de la Orden Judicial u otra prueba de autoridad.

Q Se adjunta declaración médica (si la exige el centro de tratamiento).

(Tutor legal) (Fecha/Hora)

(Dirección)

(Ciudad, estado, código postal) (N.º de teléfono)

## CONSULTE LAS NOTAS en la página 2.

**Solicitud de ingreso voluntario**  Página 2

El paciente tiene capacidad para consentir el tratamiento y ha sido aceptado como paciente voluntario este día de de a las a. m./p. m.

Fecha Firma del médico

# NOTAS:

 **TENGA EN CUENTA:** Antes de aceptar esta Solicitud, el médico que hace el ingreso debe determinar que el paciente tiene la capacidad de dar su consentimiento al tratamiento. (Consulte K.S.A. 59-2949(a)).

 **TENGA EN CUENTA:** Si el paciente que hace la solicitud de ingreso tiene entre 14 y 17 años de edad y es ingresado, se deberá informar de dicho ingreso al padre, madre, tutor legal u otra persona que el director del centro de tratamiento sepa que está interesada en el cuidado y bienestar del paciente. (Consulte K.S.A. 59-2949(b)(2)(B)).

 **TENGA EN CUENTA:** Si esta solicitud se hace después del inicio de cualquier procedimiento involuntario, el paciente debe haber tenido la oportunidad de consultar con un consejero legal antes de firmar esta solicitud. (Consulte K.S.A. 59-2949(d)).

Abogado del paciente: (Nombre)

(Dirección)

(N.º de teléfono)

 **TENGA EN CUENTA:** Para fines de solicitar el alta, la misma persona que haga esta solicitud de ingreso será la única autorizada para solicitar el alta. (Consulte K.S.A. 59-2951(b)). En el caso de personas de 14 a 17 años, su padre, madre o tutor legal puede solicitar el alta en nombre del menor. Un paciente de 14 a 17 años de edad que haya ingresado voluntariamente, de conformidad con K.S.A. 59-2951(b)(2), puede solicitar el alta, y en se momento el director del centro de tratamiento informará sin demora al padre, madre, tutor legal u otra persona que el director del centro de tratamiento sepa que está interesada en el cuidado y bienestar del menor, así como de su solicitud de alta.