POLICY FORMA 109.2, ADHS/DBHS MH-103
SOLICITUD DE UNA EVALUACIÓN VOLUNTARIA

(De conformidad con A.R.S. § 36-522)

El abajo firmante solicita una evaluación de salud mental realizada por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales en: _____ en los siguientes términos:
Autoridad Regional

- ❑ PACIENTE HOSPITALIZADOS, Yo estoy de acuerdo en permanecer como paciente hospitalizado en la agencia mencionada arriba por un periodo de no más de 72 horas. Entiendo que, al terminar ese periodo, la agencia me debe dar de alta o presentar una Petición para un Tratamiento Ordenado por un Tribunal, en tal caso yo podría ser retenido hasta que la corte realice una audiencia, la cual se llevará a cabo a no más de 6 días de la fecha en que se presente la petición, excluyendo fines de semana y días festivos. Si se llena dicha Petición, Yo tendré el derecho de ser representado por un abogado, y la corte me asignará uno si yo no puedo pagarlo.

- ❑ PACIENTE EXTERNO, Estoy de acuerdo en asistir a todas las citas programadas que se requieren para una evaluación completa, hasta donde me sea posible. Entiendo que si no asisto, se puede presentar una Petición para una Evaluación o Tratamiento Ordenados por los Tribunales, en cuyo caso, yo podría ser retenido y se me podría exigir que me someta a una evaluación y tratamiento involuntarios. Si tal Petición se presenta, Yo tendré el derecho de ser representado por un abogado, y la corte me asignará uno si yo no puedo pagarlo.

_____Entiendo que el privilegio de médico-paciente no se aplica y la información que dé durante esta evaluación se puede usar en la corte en una audiencia civil para un tratamiento ordenado por el tribunal.

_____Entiendo que esta evaluación puede llegar a una audiencia ante la corte para determinar si necesito más tratamiento y que dicho tratamiento, o una investigación de la necesidad de una custodia, puede ser ordenado por una corte.

_____Entiendo que se ha presentado una solicitud para que se me examine e yo elijo ser evaluado voluntariamente en vez de por orden de los tribunales.

_____Entiendo que mi evaluación se debe llevar a cabo dentro de cinco días de mi solicitud.

_____Entiendo que tengo el derecho de pedir a la persona que ha solicitado mi evaluación que presente evidencia de la necesidad de dicha evaluación ante un tribunal para aprobación o desaprobación y que renuncio a mi derecho de pedir una revisión previa a la solicitud.

_____Entiendo que tengo el derecho, si lo pido por escrito, de ser dado de alta 24 horas de la petición (excluyendo fines de semana y días festivos) a menos que el director médico de la agencia de evaluación presente una petición para que se realice una evaluación ordenada por los tribunales.

Presentado Por:_____

Firma del Solicitante: _____

Nombre Impreso del Solicitante:_____

Fecha: _____