

Parte I
Notificación del Derecho de la Persona en Condición Voluntaria
a Solicitar el Alta de una Institución Receptora

Una persona en condición voluntaria o un familiar, amigo o abogado de la persona podrá solicitar el alta ya sea en forma oral o escrita en cualquier momento luego del ingreso a la institución. Si la solicitud de alta no la realiza la persona, el alta podrá depender del consentimiento expreso e informado de la persona.

Si solicita el alta, se notificará a su médico, y será dado de alta dentro de las 24 horas luego de su solicitud, salvo que retire su solicitud o cumpla con los criterios para la internación involuntaria como paciente hospitalizado o la internación involuntaria como paciente ambulatorio. Si cumple con los criterios para la internación involuntaria como paciente hospitalizado o ambulatorio, el administrador de la institución podrá presentar una petición ante el Tribunal para que continúe su detención dentro del período de dos (2) días hábiles, y será detenido sin su consentimiento, y quedará pendiente una audiencia judicial.

Si desea solicitar el alta en cualquier momento durante su permanencia en esta institución, complete la Solicitud de Alta al dorso de la página. No se requiere ninguna acción de su parte, salvo que desee realizar acuerdos para el alta.

He recibido explicaciones sobre el procedimiento para solicitar el alta, y he tenido la oportunidad de formular preguntas y recibir respuestas sobre mi derecho a solicitar el alta.

Nombre de la Persona	Firma de la Persona	Fecha	____ a.m. p.m. Hora
Nombre del Curador del Menor	Firma del Curador del Menor	Fecha	____ a.m. p.m. Hora
Nombre del Testigo	Firma del Testigo	Fecha	____ a.m. p.m. Hora

cc: Marcar lo que corresponda y proporcionar la fecha/hora/inicial en que la copia fue provista:

☐ Persona	Fecha:	Hora:	a.m. p.m.	Iniciales:
☐ Curador del Menor	Fecha:	Hora:	a.m. p.m.	Iniciales:

Las Partes II y III continúan al dorso

Parte II Solicitud de Alta

Conforme al Artículo 394.4625 (2), Leyes de Florida, Yo, _____
 por el presente solicito mi alta o la de _____,
 quien está en condición de paciente voluntario en (Nombre de la Institución) _____.
 Mi relación con dicha persona es la de (Relación) _____.

 Firma de la Persona o de la Persona Autorizada en su representación Fecha Hora a.m. p.m.

Una solicitud oral para el alta fue presentada por _____ el _____ a.m. p.m.
 Nombre del Solicitante Fecha Hora

 Firma del Personal Nombre del Personal Fecha Hora a.m. p.m.

Si esta solicitud de alta fue presentada por otra persona que no sea yo, estoy de acuerdo con la solicitud precedente para mi alta. En caso contrario, he completado la Parte III a continuación.

 Firma del Adulto Fecha Hora a.m. p.m.

 Firma del Curador del Menor Fecha Hora a.m. p.m.

 Firma del Testigo Fecha Hora a.m. p.m.

cc: Marcar lo que corresponda y proporcionar la fecha/hora/inicial en que la copia fue provista:

☐ Persona	Fecha:	Hora:	a.m. p.m.	Iniciales:
☐ Curador del Menor	Fecha:	Hora:	a.m. p.m.	Iniciales:

Parte III Retiro de la Solicitud de Alta

Yo, _____, libre y voluntariamente rescindo mi anterior Solicitud de Alta oral o escrita o no estoy de acuerdo con la solicitud de alta realizada por otra persona. No se utilizaron factores de fuerza, fraude, engaño, coacción, ni otra forma de restricción o coerción para este retiro de mi Solicitud de Alta.

 Firma de la Persona Fecha Hora a.m. p.m.

 Firma del Testigo Documentos del Testigo Fecha Hora a.m. p.m.

cc: Marcar lo que corresponda y proporcionar la fecha/hora/inicial en que la copia fue provista:

☐ Persona	Fecha:	Hora:	a.m. p.m.	Iniciales:
☐ Curador del Menor	Fecha:	Hora:	a.m. p.m.	Iniciales: