Solicitud de Admisión Voluntaria de un Adulto
(Institución Receptora)

Yo, el abajo firmante, _____, por el presente solicito la
Nombre completo en letra imprenta de la persona cuya admisión se solicita

admisión a _____
Completar con el nombre de la institución

para observación, diagnóstico, atención y tratamiento de una enfermedad mental, y certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender.

Presento esta solicitud de admisión voluntaria luego de recibir explicación e información suficientes para tomar una decisión consciente y voluntaria sin factores de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de restricción o coerción. El motivo de mi admisión en esta institución es:

_____

_____

_____.

Soy un adulto competente con la capacidad de tomar decisiones bien razonadas, intencionadas y con conocimiento respecto de mi tratamiento médico o de salud mental. No tengo curador, representante de curador, ni actualmente tengo un responsable/apoderado para la atención médica que tome decisiones con respecto a la atención de mi salud en mi nombre.

Yo ☐ he ☐ no he proporcionado una copia de directiva(s) anticipada(s). En caso afirmativo, las directivas anticipadas incluyen mi:

- ☐ Testamento vital
- ☐ Responsable para la Atención Médica,
- ☐ Responsable para la Atención de la Salud Mental,
- ☐ Otros, especificar: _____ .

He recibido una explicación por escrito de mis derechos como persona con voluntad propia y me los han explicado en su totalidad. Entiendo que esta institución está autorizada por la ley a detenerme sin mi consentimiento durante hasta 24 horas posteriores a la presentación de mi solicitud de alta; salvo que se presente ante el Tribunal una solicitud de internación involuntaria como paciente hospitalizado o de internación involuntaria como paciente ambulatorio dentro de los dos (2) días hábiles para el tribunal posteriores a la presentación de mi solicitud de alta, en cuyo caso quedará pendiente una audiencia por la solicitud.

Entiendo que es posible que tenga que pagar el costo de mi tratamiento.

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

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

No se notificará sobre esta admisión sin el consentimiento de la persona salvo en caso de emergencia. El uso de este formulario para una admisión voluntaria requiere que se complete una "Certificación de la Capacidad de una Persona para Otorgar el Consentimiento Expreso e Informado" en el plazo de 24 horas y, si el formulario se utiliza para cambiar la situación de una persona de a voluntaria, la "Certificación" debe completarse antes de la "Solicitud". La "Solicitud" y la "Certificación" deben adjuntarse a la historia clínica de la persona.

Ver Art. 394.455(9), 394,459, 394.4625, Leyes de Florida
Formulario CF-MH 3040, Febrero de 2005 (Ediciones anteriores obsoletas) (Formulario recomendado) **LEY BAKER**