



## RECIBO DE LAS ACTAS DEL COMITÉ DE LA AUDIENCIA PARA MEDICAMENTOS INVOLUNTARIOS ANTIPSICÓTICOS Y PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE	NUMERO DEL DOC
---------------------	----------------

- Audiencia para 14 días       Audiencia para 180 días

Las actas del Comité de la Audiencia para Medicamentos Involuntarios Antipsicóticos están incluidas con este formulario. El comité se reunió para decidir si a usted le pueden administrar medicamentos antipsicóticos aunque usted no los quiera.

### PROCEDIMIENTO PARA HACER UNA APELACION

Usted puede apelar si el comité decidió que pueden darle antipsicóticos. Usted puede apelar ahora o después. Usted tiene que hacer su apelación DENTRO DE 24 HORAS (excluyendo fines de semana y días feriados) después de recibir este formulario.

He recibido una copia de las actas del Comité de la Audiencia para Medicamentos Involuntarios Antipsicóticos. Entiendo que puedo apelar la decisión al Director de Salud Mental dentro de 24 horas. El Director de Salud Mental entonces decide si el comité siguió el procedimiento correcto.

- Quiero apelar la decisión del comité en este momento. Entiendo que este formulario y las actas serán enviadas al Director de Salud Mental.
- No quiero apelar la decisión del comité en este momento, pero me reservo el derecho de hacer mi apelación dentro de las próximas 24 horas. Lo puedo hacer enviando un kite al director de Salud Mental.

_____	_____	_____
FIRMA DEL PACIENTE	FECHA	HORA
_____	_____	_____
FIRMA DE LA PERSONA QUE ENTREGO LA NOTIFICACION	FECHA	HORA
_____	_____	_____
FIRMA DEL TESTIGO (SI EL INTERNO REHUSA FIRMAR)	FECHA	HORA

**Distribution:** *Original* – Health Record      **Copies** – Patient, Director of Mental Health if appealing  
**Distribución:** *Original* – Archivos de salud      **Copias** – Paciente, Director de Salud Mental (si apela)

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.