

Request for Release From Involuntary Treatment

Date: _____

I, *(member of treatment staff or person delivering copy of certification notice)* _____

_____ ,
have today received a request for the release of *(name of patient)* _____
from the undersigned patient on his/her own behalf or from the undersigned person on behalf of the
patient.

Signature (or mark): _____
(patient making request for release)

Print name: _____
(patient making request for release)

Date: _____ Time: _____ AM/PM

Signature (or mark): _____
(person making request on behalf of patient)

Print name: _____
(person making request on behalf of patient)

Date: _____ Time: _____ AM/PM

Signature: _____
(member of treatment staff or person delivering copy of certification notice)

Print name: _____
(member of treatment staff or person delivering copy of certification notice)

Date: _____ Time: _____ AM/PM

Reference: Welfare and Institutions Code Section 5275

Peticion Para Dar de Alta del Tratamiento Involuntario

Fecha: _____

Yo, (*miembro del personal de tratamiento o la persona que haya entregado la copia del aviso de certificación*) _____, he recibido hoy la petición para dar de alta a (*nombre del paciente*) _____ por parte del paciente suscrito a nombre propio o de la persona suscrita a nombre del paciente.

Firma (o marca): _____
(paciente que hace la petición para de alta)

Nombre en letra de imprenta: _____
(paciente que hace la petición para de alta)

Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Firma (o marca): _____
(persona que hace la petición a nombre del paciente)

Nombre en letra de imprenta: _____
(persona que hace la petición a nombre del paciente)

Fecha: _____ Hora _____ AM/PM

Firma: _____
(miembro del personal de tratamiento o persona que entrega la copia del aviso de certificación)

Nombre en letra de imprenta: _____
(miembro del personal de tratamiento o persona que entrega la copia del aviso de certificación)

Fecha: _____ Hora _____ AM/PM