

Notice to Minors

You are entitled to an independent clinical review of your continued inpatient treatment at this facility. The review will be conducted by a psychiatrist with experience treating adolescent patients. This reviewer is neutral and independent – he or she has no direct financial relationship with your treating clinician, you or your patients. The reviewer is approved by the county behavioral health director. The reviewer’s job is to decide if your civil rights are being properly protected or if you are being hospitalized wrongfully.

This review must be requested within 10 days of your admission. If you request a review, the patients’ rights advocate will provide you with information and assistance related to this review.

You will be provided a booklet published by the California Department of Health Care Services describing the rights of minors in mental health facilities. The booklet will include the telephone number of the patients’ rights advocate and the hours that the advocate may be reached.

Please sign below indicating your receipt of this Notice to Minors.

I have received the Notice to Minors.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(minor)

Print name: _____
(minor)

Witness by Facility Representative (required):

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(facility representative)

Print name: _____
(facility representative)

Title: _____
(facility representative)

Reference: Welfare and Institutions Code Section 6002.15(c)

Aviso a los Menores de Edad

Usted tiene derecho a una revisión clínica independiente respecto a su tratamiento continuado como paciente interno de esta institución. La revisión será realizada por un psiquiatra con experiencia en el trato de pacientes adolescentes. Este revisor es neutral e independiente — él o ella no tiene relación financiera directa con el clínico tratante, con usted o sus pacientes. La tarea del revisor es decidir si se están protegiendo debidamente sus derechos civiles o si a usted le están hospitalizando erróneamente.

Esta revisión deberá ser solicitada dentro de los diez días siguientes a su admisión. Si usted solicita revisión, el defensor de los derechos de los pacientes le proporcionará la información y asistencia relativas a esta revisión.

Usted recibirá un folleto publicado por el Departamento de Servicios de Salud del estado, describiendo los derechos de los menores de edad en las instituciones de salud mental. El folleto incluirá el teléfono del defensor de los derechos de los pacientes y el horario en que usted puede comunicarse con dicho defensor.

Por favor firme al calce, indicando que ha recibido este Aviso a los Menores de Edad.

He recibido el Aviso a los Menores de Edad.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(menor)

Nombre en letra de imprenta: _____
(menor)

Witness by Facility Representative (required):

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(facility representative)

Print name: _____
(facility representative)

Title: _____
(facility representative)

Reference: Welfare and Institutions Code Section 6002.15(c)