

Advisement of Rights – Involuntary Patient

This is to certify that on *(date)* _____, the undersigned advised *(name of patient)* _____, a patient at *(name of hospital)* _____, of the following:

1. That the patient is being certified for not more than 14 days of involuntary intensive treatment for:
 - Mental health disorder
 - Impairment by chronic alcoholism
 - Use of narcotics or restricted dangerous drugs

And I have personally delivered a copy of the certification notice to him/her.

2. His/her legal rights to designate any person whom he/she wishes informed regarding his/her certification or judicial review (the patient understands that he/she has the right to request that this information not be provided), and the patient has designated the following person(s): *(names, relationships and address)* _____
_____;
3. His/her legal right to a certification review hearing or a habeas corpus hearing by the superior court to review this certification for involuntary treatment in order to determine whether he/she is a danger to others or to himself/herself or is gravely disabled; whether he/she has been advised of, but has not accepted voluntary treatment; and whether the facility providing intensive treatment is equipped and staffed to provide treatment, is designated by the county to provide intensive treatment, and has agreed to admit him/her; and
4. His/her legal right to assistance of an advocate at a certification review hearing or to counsel, including court-appointed counsel at no cost to him/her if he/she is unable to pay for such legal services, to prepare for and represent him/her at a writ of habeas corpus hearing.

I believe as a result of my own personal observation that *(name of patient)* _____ has the capacity to comprehend the nature of the notice of certification and of the right to counsel to a certification review hearing and habeas corpus hearing.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(hospital representative)

Print name: _____
(hospital representative)

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act. (See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Adviso De Derechos A Los Pacientes Involuntarios

El presente es para certificar que el suscrito firmante ha informado en esta fecha a (*nombre del paciente*) _____, un/a paciente en (*nombre del hospital*) _____:

1. Que el/la paciente se certifica por no más de 14 días de tratamiento intensivo involuntario por:
 - Trastorno de salud mental
 - Incapacidad por alcoholismo crónico
 - Uso de estupefacientes o de drogas peligrosas restringidas

Y que ha entregado personalmente una copia de la certificación a dicho/a paciente;

2. Acerca de sus derechos legales para designar a cualquier persona que desee para que se le informe acerca de su certificación o reconsideración judicial (el/la paciente entiende que él/ella tiene derecho a solicitar que no se provea esta información), y que él/la paciente ha designado a la(s) siguiente(s) persona(s): (*nombres, relación y direcciones*) _____;

3. Acerca de su derecho legal a que se celebre una audiencia para la revisión de la certificación o de hábeas corpus ante el Tribunal Superior para reconsiderar esta certificación de tratamiento involuntario, a fin de determinar si él/ella representa un peligro para los demás o para sí mismo/a o si está seriamente incapacitado/a; si se le ha informado acerca de, pero no ha aceptado tratamiento voluntario; y si la institución que proveyó el tratamiento intensivo está equipada y cuenta con personal idóneo para proveer ese tipo de tratamiento, si ha sido designada por el condado para proveer tratamiento intensivo, y si ha acordado ingresarlo/a; y,

4. Acerca de su derecho legal a que lo/la asista un abogado durante la audiencia para la reconsideración de la certificación, o para asesorarlo/a, incluyendo abogados nombrados por el tribunal sin costo alguno para él/ella si no puede pagar dichos servicios, y para prepararlo/a para que lo/la represente durante una audiencia para el mandamiento de hábeas corpus.

Creo como resultado de mis observaciones personales que (*nombre del paciente*) _____ tiene la capacidad de entender el contenido del aviso de certificación y el derecho a contar con un abogado durante una audiencia para la reconsideración de la certificación y para el mandamiento de hábeas corpus.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*representante del hospital*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*representante del hospital*)

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act. (See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)