

# 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)*

Signature (or mark): \_\_\_\_\_  
*(patient making request for release)*

Print name: \_\_\_\_\_  
*(person making request on behalf of patient)*

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)*

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

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)*

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)*

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)*

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