

FORMULARIO N° 5

FORMULARIO PARA FAMILIARES Y COMUNIDAD

HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INVOLUNTARIA

Conforme al Código Sanitario, la Ley N° 20.584 de derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la Ley N° 21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, atendiendo a que la persona se encuentra en una situación de crisis con riesgo real e inminente para sí mismo o para otras personas, y que no es posible contar con su consentimiento, solicito a usted se dicte resolución de hospitalización psiquiátrica involuntaria administrativa en un centro asistencial que permita una evaluación y tratamiento psiquiátrico para:

Nombres	Apellido paterno	Apellido materno
Cédula de Identidad	Edad	Sexo
Previsión		
Dirección:		
Comuna:		
Región:		
Con quien me vincula una relación de:		

Solicitante

Nombres		Apellido paterno		Apellido materno	
Carnet de Identidad		Edad		Sexo	
Domiciliado en					
Calle		N°	N° depto. o casa		Sector
Comuna		Ciudad		Región	
Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico	

La solicitud se basa en lo siguiente:

1. Describa hechos, situaciones, conductas, etc. observadas por usted, en los últimos 30 días, que le hagan pensar que esta persona se encuentra afectada por una enfermedad mental:

--

2. Describa situaciones actuales comunicados a mí por otras personas (señale idealmente nombres, apellidos y carnet de identidad), en los últimos 30 días:

--	--

3. Si las conductas de esta persona son de riesgo real e inminente para sí misma, descríbalas:

--	--

4. Si las conductas de esta persona son de riesgo para otros(as), descríbalas:

--	--

5. Describa cómo el/la usuario/a se ha negado a recibir tratamiento:

Igualmente se requerirá informe suscrito por médico, de preferencia psiquiatra, y por otro profesional de la salud.

Fecha solicitud

Firma solicitante