

NOTIFICATION OF ADMISSION OF CHILD

(For parents or guardians of minor 14-18 years old)

As permitted under the Mental Health Procedures Act of 1976, your child, _____, was voluntarily admitted to _____ on _____ to receive mental health treatment. Prior to admission, your child was examined by a physician or licensed clinical psychologist. The following treatment is proposed:

BRIEF DESCRIPTION OF PROPOSED TREATMENT

IF YOU ARE OPPOSED TO YOUR CHILD'S ADMISSION FOR ANY REASON, YOU MAY FILE AN OBJECTION WITH THE COURT OF COMMON PLEAS. A HEARING WILL BE HELD ON YOUR OBJECTION BEFORE A JUDGE OR COURT APPOINTED MENTAL HEALTH REVIEW OFFICER. If you wish to file an objection and cannot afford an attorney, you may seek assistance from your local legal service office.

If you have any questions about your child's plan of treatment or your right to file an objection or your child's rights, contact _____

at _____, _____.

NOTIFICACION DE ADMISION PARA EL MENOR

(Para familiares o guardianes de un menor de 14 a 18 anos de edad)

Así como es permitido bajo los Procedimientos de Salud Mental, Acta de 1976, su menor, _____, fué voluntariamente admitido a _____ el día _____ para recibir tratamiento de salud mental. Antes de dicha admisión su menor fué examinado por un médico o el sicólogo clínico licenciado. El siguiente tratamiento es propuesto:

BREVE DESCRIPCION DEL PROPUESTO TRATAMIENTO

SI USTED SE OPONE POR CUALQUIERA RAZON A QUE SU MENOR SEA ADMITIDO, PUEDE FORMULAR UN REPARO CON EL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA PARA ACCIONES CIVILES. UNA AUDENCIA TOMARA LUGAR ANTE EL JUEZ O UN OFICIAL DE SALUD MENTAL NOMBRADO POR LA CORTE. Si desea formular reparo y no puede conseguir abogado, podria obtener asistencia en la oficina local de servicio legal.

Si tiene algunas preguntas sobre el plan de tratamiento de su menor, o de su derecho a formular reparo, o los derechos de su menor, póngase en contacto con

(NOMBRE DEL TRABAJADOR DESALUD MENTAL)

_____, _____
(NUMERO DEL TELEFONO) (DIRECCION)