

## **PROGRAMA LEY 22**

### **AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS**

Nombre del Solicitante:

Número de Expediente:

Nombre del Padre, Madre o Encargado:

Nombre del Técnico de Entrevista:

Región:

Nombre del Director:

Autorizo al personal del Programa de Ley 22, Región \_\_\_\_\_ de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, a someterme a los exámenes clínicos, radiológicos y evaluaciones necesarias para recibir los servicios necesarios bajo la modalidad \_\_\_\_\_. Además, acepto participar en aquellas actividades que formen parte de los mismos.

Autorizo al personal de dicha región a administrarme el servicio necesario; a transferirme a cualquier facilidad hospitalaria o de emergencia, pública o privada, disponible al momento de surgir alguna emergencia; a visitar mi hogar como parte de los servicios; a recibir el seguimiento establecido por la Secretaría Auxiliar de Prevención y Promoción de la Salud Mental posterior a la terminación del mismo.

Tengo conocimiento y se me han explicado las normas y procedimientos de funcionamiento. Acepto que puedo ser expulsado de inyectarme, ingerir o intercambiar alguna droga o sustancia sin que sea recetada o suministrada por médico, enfermera o farmacéutico del centro o residencial, atacar a empleado alguno, portar armas de las Dependencias del Departamento o falsear información significativa que pueda variar la decisión en servicio. En dichos casos, relevo a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción de toda responsabilidad legal. De violar las normas, acataré la decisión de la Junta Evaluativa o equipo de trabajo del centro de al cual sea asignado (a).

Autorizo además a las personas designadas por la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción a realizar cualquier investigación y/o registro sobre mi persona para los fines pertinentes al servicio.

Declaro que la información que le he suministrado al Técnico de Entrevista y demás personal ha sido la verdad y relevo a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción de todo compromiso de tratamiento, de comprobarse que parte de la información que he suministrado es falsa.

Se me ha indicado que toda información que surja en el transcurso y a raíz del servicio brindado sobre mi persona será considerada CONFIDENCIAL.

Hago constar que me someto voluntariamente al servicio y que he leído y comprendido todas las partes de este documento.

Reconozco la validez de esta Autorización, la cual tendrá vigencia durante el tiempo que tomen las evaluaciones o el servicio a los cuales me someta.

---

Firma del Solicitante

---

\*Firma del Padre, Madre o Encargado

---

Fecha

---

**Para uso en caso de abandono**

---

**EXONERACIÓN**

Por este medio, exonero al personal de Programa Ley 22, Región \_\_\_\_\_ de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, de toda responsabilidad sobre mi decisión voluntaria de abandonar los servicios.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Firma del Participante

---

Firma de un Testigo

\*En los casos de menores (menores de 18 años de edad) se solicitará la firma del padre, madre o encargado, en adición a la del menor. En caso de incapacidad, se solicitará únicamente la del padre, madre o encargado.