



COMO UN PACIENTE QUE ESTA BAJO ORDEN DE LA CORTE, USTED TIENE LOS SIGUENTE DERECHOS:

- Tener un abogado asignado por una corte para representarlo.
Tener un interprete asignado, en su idioma o lenguaje de senales (sign language), para comunicarse con su abogado si es necesario.
Tener una audiencia de causa probable en su orden de custodia de proteccion dentro de las primeras 72 horas (excepto los fines de semana y los dias de fiesta).
Recibir una copia de los papeles de la corte y recibir un aviso de la hora y fecha de la audiencia.
De comparecer ante la corte y presentar una evidencia o que su abogado presente la evidencia.
Recibir una audiencia sobre la administracion extendida ante un jurado si usted lo desea, dentro de los primeros 14 dias (pero no mas de 30 dias) de la solicitud original de custodia de proteccion.
Ser liberado, si la corte niega al estado la solicitud de una administracion extendida.
Tener un plan de cuidado de continuacion explicado a usted en el momento en que sea dado de alta del hospital.
Ser dado de alta del hospital cuando la orden de la corte expire.
Ser dado de alta del hospital cuando su condicion ya no requiera una orden de la corte del cuidado de la salud.
Mantener sus registros medicos confidenciales, a menos que por ley sea permitido revelar la informacion.
Recibir visitas.
Comunicarse con sus familiares y amistades.
Comunicarse con su abogado en forma confidencial.
Recibir el tratamiento apropiado para su enfermedad en un medio apropiado, que ofrezca proteccion para usted y a la comunidad.
Ser examinado por un doctor, por lo menos cada 7 dias.
Quedar libre de medicinas innecesarias o excesivas.
Rechazar su participacion en una investigacion medica.
Vivir en un ambiente con trato humano, que ofrezca una proteccion razonable contra danos y tener una privacidad adecuada.
Estar libre de restricciones fisicas, a menos que sea ordenado por un doctor o por la corte.
Ser informado de sus derechos en forma simple, sin terminos tecnicos complicados.
Ser informado de sus derechos por escrito, de ser posible, en el idioma que usted prefiera.
Ser informado sobre sus derechos a traves de los medios apropiados, si usted tiene algun impedimento visual o auditivo (del oido).

Firma del Paciente: Fecha: Testigo: Fecha: