



**DECISION OF INVOLUNTARY ANTIPSYCHOTIC
HEARING COMMITTEE
DECISIÓN DEL COMITÉ DE AUDIENCIA PARA LA ADMINISTRACIÓN
INVOLUNTARIA DE MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS**

PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE	DOC NUMBER / NUMERO DEL DOC
------------------------------------	-----------------------------

The Involuntary Antipsychotic Hearing Committee decided that involuntary medication IS IS NOT indicated. The involuntary antipsychotics can continue for a period of _____ days (180 days at most).

El Comité de Audiencia para la Administración Involuntaria de Antipsicóticos decidió que el medicamento Involuntario ES NO ES indicado. Los Antipsicóticos involuntarios pueden continuar por un periodo de _____ días (180 días como máximo).

CHAIRPERSON SIGNATURE / FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITE	DATE / FECHA
MEMBER SIGNATURE / FIRMA DE UN MIEMBRO DEL COMITE	DATE / FECHA
MEMBER SIGNATURE / FIRMA DE UN MIEMBRO DEL COMITE	DATE / FECHA

APPEAL PROCEDURE / PROCEDIMIENTO PARA HACER UNA APELACION

You can appeal the decision to give you medications against your will. The appeal goes to the Director of Mental Health. It has to be done within 24 hours after you get the minutes of the hearing. You will get the minutes within the next three working days.

I have read/heard the decision of the Involuntary Antipsychotic Hearing Committee. I know that I can appeal the decision to the Director of Mental Health within 24 hours after I get the minutes.

Usted puede apelar la decisión de administrarle medicamentos contra su voluntad. La apelación va al Director de Salud Mental. Esto tiene que hacerse dentro de 24 horas después de haber recibido las actas de la audiencia. Usted recibirá las actas dentro de los tres próximos días hábiles.

He leído/escuchado la decisión del Comité de Audiencia para la Administración Involuntaria de Antipsicóticos. Yo entiendo que puedo apelar la decisión al Director de Salud Mental dentro de 24 horas después de recibir las actas

NOTIFICATION RECEIVED / NOTIFICACION RECIBIDA:

PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE	DATE / FECHA	TIME / HORA
SERVING PARTY SIGNATURE / FIRMA DE LA PERSONA QUE ENTREGO LA NOTIFICACION	DATE / FECHA	TIME / HORA
WITNESS SIGNATURE (IF PATIENT REFUSES TO SIGN) / FIRMA DEL TESTIGO (SI PACIENTE REHUSÓ FIRMAR)	DATE / FECHA	TIME / HORA

Distribution: Original – Health Record Copy – Patient

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.