|  |  |
| --- | --- |
|   | **MARYLAND**Department of Health |

BEHAVIORAL HEALTH ADMINISTRATION

**미성년자 입원을 위한 부모 또는 보호자 신청서**

행동정신과 과장 귀하:

 시설명

대상자: 미성년자 이름 생년월일

하기에 서명한 본인은 상기 미성년자의 부모 또는 보호자이며, 본인에게 설명되고 제공된 메릴랜드주 법률,
보건-일반 조항§10-610에 따라, 정신병 관리 또는 치료를 위해 귀 시설에 상기 미성년자의 입원을 요청합니다. (본 양식의 뒷면에 인쇄된 법률 문구 참조.)

상기 미성년자를 시설에서 퇴원하기 원한다면, 본인에게 설명되고 제공된 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항
§10-803에 따라 행동정신과 과정에게 서면 요청서를 제출할 것입니다. (본 양식의 뒷면에 인쇄된 법률 문구 참조.)

 부모 또는 보호자 이름 부모 또는 보호자 서명

 주소 날짜 시간

 전화번호

**의사, 심리학자 또는 정신병원 간호사 증명**

 을 진찰했으며, 진찰 소견은 다음과 같습니다.

⬜ 이 사람은 정신병을 앓고 있음

⬜ 상기 정신병에는 관리 또는 치료가 허용됨, 및

⬜ 신청인은 입원 요청의 성격을 이해함

 메릴랜드주 법률, 보건 직업 조항 §14-305에 따른 면허를 취득했으며 메릴랜드주에서 의료 행위를 수행할 수 있음을 증명함, 또는

 메릴랜드주 법률, 보건 직업 조항 타이틀 18에 따른 면허를 취득했으며 메릴랜드주에서 심리학 진료 행위를 수행할 수 있음을 증명함.

 메릴랜드주 법률, 보건 직업 조항 타이틀 8에 따른 면허를 취득했으며 메릴랜드주에서 정신병원 간호사로 간호 행위를 수행할 수 있음을 증명함.

의사 또는 심리학자 이름 의사 또는 심리학자 서명

(또는 **주립** **병원 전용** – 정신병원 간호사) (또는 **주립 병원 전용** – 정신병원 간호사)

 주소 날짜 시간

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 전화번호

Maryland Department of Health(메릴랜드 보건국)의 서비스 및 프로그램은 차별없는 치료를 기반으로 하며 1964년 Civil Rights Act(시민권리법) 제6부를 준수합니다. Spring Grove Hospital Center, 55 Wade Avenue, Catonsville, MD 21228의 Behavioral Health Administration(행동건강과) 과장 및 U.S. Department of Health and Human Services, 150 S. Independence Mall West, Suite 372, Philadelphia, PA 19106-3499의 Office of Civil Rights(시민권 사무국) 국장에게 차별 문제에 대한 불만을 서면으로 제기할 수 있습니다.

미성년자 입원을 위한 부모 또는 보호자 신청은 본 양식을 사용해야 합니다. [보건-일반 조항, §10-610(b)]

**보건-일반 조항**

**§10-610. 부모 또는 보호자 신청.**

1. *신청인.* — 미성년자를 대신하여, 미성년자의 부모 또는 보호자는 본 섹션에 따라 다음 시설에 대해 미성년자의 입원을 신청할 수 있다.
2. 주립 시설이 아닌 시설, 또는
3. 다음과 같은 주립 시설:
4. 아동 및 청소년을 위한 지역 시설, 및
5. 아동과 청소년을 위한 주립 시설.
6. *신청서. —* 신청인은 개인정보를 포함하고 행동정신과에서 요구하는 형식으로 공식 서면 신청서를 제출해야 한다.
7. *입원 제한. —* 다음에 해당하지 않을 경우 시설은 본 섹션에 따라 환자를 입원시킬 수 없다.
8. 이 사람은 정신병을 앓고 있음
9. 상기 정신병에는 관리 또는 치료가 허용됨
10. 신청인은 입원 요청의 성격을 이해함, 및
11. 다음 사람이 입원 동의서를 제공함.

(i) 시설의 입원 담당 의사, 또는

(ii) 아동 또는 청소년을 위한 주립 시설의 경우:

1. 한 명의 의사 및 심리학자,
2. 2명의 의사, 또는
3. 한 명의 의사 및 정신병원 간호사.
4. *입원 기간의 제한. —* 본 섹션에 따른 아동 또는 청소년을 위한 주립 시설의 입원 기간은 20일을 초과할 수 없다.

**§10-803. 자발적 입원.**

(a) *비공식적 요청.* — 시설에 자발적으로 입원한 사람이 비공식적으로 요청할 경우, 입원 상태가 비자발적 입원으로 변경되지 않는 한 오전 9시에서 오후 4시 사이에 언제든 시설에서 퇴원할 수 있다.

(b) *공식 신청.* — 입원 상태가 비자발적 입원으로 변경되지 않는 한, 공식적 서면 신청을 통해 자발적으로 입원한 사람이 퇴원을 요청한 후 3일 이상 퇴원을 연기할 수 없다.

(c) *공식 신청 — 미성년자. —* 입원 상태가 비자발적 입원으로 변경되지 않는 한, 미성년자의 부모 또는 보호자의 신청을 통해 자발적으로 입원한 미성년자에 대해 입원 신청인이 퇴원을 요청한 후 3일 이상 퇴원을 연기할 수 없다.