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

**BEHAVIORAL HEALTH ADMINISTRATION**

**장애인의 자발적 입원 신청에 동봉하는**

**의사, 심리학자 또는**

**정신병원 간호사 증명서**

본인, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_은 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

의사, 심리학자 또는 정신병원 간호사 이름  시설 이름 또는 사무실 주소 전화번호

의 소속으로\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_에 다음 사람을 진찰했음을 증명합니다.

장애인 이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

이름 성 중간 이름

장애인 주소:

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

거리명 시 주 카운티 전화번호

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

생년월일 나이 성별 결혼 여부 사회보장번호

히스패닉 또는 라틴계: ⬜ 예 ⬜ 아니요

인종(해당하는 모든 인종 카테고리 확인):

⬜ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민

⬜ 아시아계

⬜ 흑인 또는 아프리카계 미국인

⬜ 하와이 원주민 또는 기타 태평양 제도 주민

⬜ 백인

보호자 성명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

시, 주, 우편번호 전화번호

**═════════════════════════════════════════════════════**

정신병 진단 결과: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

증상:

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

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

현재 복용약(유형 및 용량): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

응급 약물 치료(해당하는 경우): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**═════════════════════════════════════════════════════**

다음 자발적 입원 기준이 충족되었음을 증명합니다.

⬜ 상기 장애인이 정신병을 앓고 있음

⬜ 상기 정신병에는 관리 또는 치료가 허용됨

⬜ 상기 장애인이 입원 요청의 성격을 이해함

⬜ 상기 장애인이 시설 내 체류에 계속 동의할 수 있음, 및

⬜ 상기 장애인이 퇴원을 요청할 수 있음.

* 상기 장애인이 자발적 입원을 신청할 능력이 있음을 증명합니다.
* 상기 장애인이 자발적 입원 기준 및 시설의 퇴원을 요청하는 절차를 이해함을 증명합니다.
* 본 증명서에 서명하기 1주일 이전에 진찰이 실시되지 않았습니다.
* 증명 대상 장애인을 입원시킬 시설에 대한 소유권 또는 보상을 통해 금융적 이익을 얻지 않습니다.
* 장애인 또는 장애인의 보호자와 혈연 또는 혼인 관계가 아닙니다.
* 장애인이 65세 이상이며 주립 시설에 입원하고자 할 경우, 노인학 평가팀은 장애인의 요구 사항을 충족하는 덜 제한적인 형식의 관리 또는 치료 방식을 사용할 수 없다고 결정했습니다.

**면허 사항:**

* 메릴랜드주 법률, 보건 직업 조항 타이틀 14에 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, 또는
* 메릴랜드주 법률, 보건 직업 조항 타이틀 8에 따른 면허를 취득했으며 메릴랜드주에서 정신병원 간호사로 간호 행위를 수행할 수 있음을 증명함.

날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 시간: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

의사, 심리학자 또는 정신병원 간호사 서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_