

**Hamilton Center, Inc.**  
**Lista de comprobación de los formularios de admisión recibidos**

Coloque una marca de verificación en cada formulario recibido:

- ☐ Derechos del consumidor
- ☐ Aviso sobre las prácticas de privacidad de HCI
- ☐ Orientación a los servicios
- ☐ Expectativas de asistencia de adultos o niños

¿Tiene instrucciones psiquiátricas por anticipado? ☐ Sí ☐ No

Si no tiene ninguna,

- ☐ He solicitado y recibido información sobre las instrucciones psiquiátricas anticipadas.
- ☐ No solicito información adicional sobre las instrucciones psiquiátricas anticipadas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Motivo/impedimento dado por el paciente/tutor para no firmar más arriba

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
ID del paciente