

Restricción de Comunicación o Visitantes

Por el presente, se notifica a _____
 Nombre Completo de la Persona

el día de la fecha que, conforme a las disposiciones del Art. 394.459(5)(c), Leyes de Florida, se ha aplicado una restricción de las comunicaciones durante un período de _____ días, comenzando a las _____ a.m. p.m. del (Fecha) _____ y finalizando a las _____ a.m. p.m. del (Fecha) _____

La naturaleza de la restricción es la siguiente: _____

Se ha ordenado la restricción porque _____

Esta restricción de comunicación será revisada por lo menos cada 7 días y levantada tan pronto como sea posible.

 Firma del Administrador o de la Persona Nombrada Fecha _____ a.m. p.m.
 Hora

No se limitará el derecho de una persona a informar un supuesto abuso o a contactar y recibir comunicación de su abogado. Este formulario completado debe adjuntarse a la historia clínica de la persona como justificación individualizada para privar a la persona de su derecho a comunicarse con otras personas. Se justificará cualquier renovación de la presente restricción. Se proporcionará una copia de este formulario y cualquier renovación de la restricción a todas las personas enumeradas a continuación, según corresponda. No se limitará el derecho de comunicarse o recibir visitantes como un medio de castigo.

cc: Marcar lo que corresponda y proporcionar la fecha/hora/inicial en que la copia fue provista:

Individuo	Fecha en que la copia fue provista	Hora en que la copia fue provista	Iniciales de la persona que proporcionó la copia
<input type="checkbox"/> Persona		a.m. p.m.	
<input type="checkbox"/> Curador		a.m. p.m.	
<input type="checkbox"/> Representante de Curador		a.m. p.m.	
<input type="checkbox"/> Representante		a.m. p.m.	
<input type="checkbox"/> Abogado		a.m. p.m.	
<input type="checkbox"/> Responsable/Apoderado para la Atención Médica		a.m. p.m.	