



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

Departamento Asesoría Jurídica  
SPJ/AMSCH/MAMU/

Handwritten signatures and initials



CIRCULAR A15/ N° 13 /

Santiago, 5 JUL 2007

**INSTRUYE SOBRE INTERNACION NO VOLUNTARIA DE PERSONAS AFECTADAS POR ENFERMEDADES MENTALES**

**I.- INTRODUCCIÓN.-**

Como es de su conocimiento, con motivo de la entrada en vigencia del **Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan**, aprobado mediante decreto supremo N° 570 del 28 de agosto de 1998, en el mes de enero del año 2001, este Ministerio ha estado instruyendo sobre la materia.

Al mismo tiempo se han realizado reuniones de trabajo con funcionarios de las Secretarías Regionales Ministeriales y de los Servicios de Salud que participan en estas actuaciones, con el propósito de unificar criterios para el ejercicio de estas atribuciones, dentro de los marcos constitucionales y legales existentes.

Las instrucciones impartidas con anterioridad, complementadas con la experiencia aportada por los actores de este tema, se compendian e imparten a través de la presente Circular.

Uno de los objetivos principales de nuestra actual reglamentación, es garantizar que el tratamiento psiquiátrico en internación se efectúe "libre de toda forma de discriminación y abuso y con amplias oportunidades para el ejercicio de las libertades y la participación del paciente". En otras palabras, es preciso que la necesidad de hospitalización sea comprendida y aceptada voluntariamente por la persona afectada y que durante ella, la persona pueda ejercer el máximo de libertades posibles.

En los artículos 8° a 16° de su título III, el Reglamento establece los tipos, condiciones y procedimientos para hospitalizar a personas con trastorno mental, entre los cuales se incluye la **Internación voluntaria**, la **Internación de Urgencia No Voluntaria** y la **Internación Administrativa**.

El Artículo 8° enfatiza que "todo proceso de tratamiento psiquiátrico que requiera proporcionar internación a una persona con enfermedad o trastorno mental utilizará preferentemente el medio menos restrictivo de sus derechos y libertades personales". Se desprende de este artículo que la forma de internación psiquiátrica preferente es la voluntaria; que se debe agotar todos los medios de persuasión y negociación para llegar a un acuerdo con la persona afectada para la internación y que, solo en condiciones de excepción, se indicará una internación involuntaria.

Stamp: 9 - ABR 2007  
N° OFICINA  
RECEBIDO

En los pocos casos en los cuales es imprescindible considerar la internación administrativa, la Autoridad Sanitaria y los establecimientos públicos y privados que integran las Redes Asistenciales, deben velar para que, por una parte, no se indique abusivamente, asegurando que existe una condición de trastorno mental y que es de riesgo para la persona o para terceros y, por otra, para que cuando se requiera hacer uso de ella, se efectúe con la responsabilidad de resguardar al máximo los derechos de la persona, tales como el derecho de recibir un tratamiento que no puede darse en otras condiciones o que en el caso de no otorgarse aumenta los riesgos y el derecho a ser tratado con el uso de la mínima compulsión necesaria.

## II. CONCEPTOS .-

1. Con el objeto de responder a las necesidades de atención y salvaguardar los derechos de la persona afectada por enfermedad mental, en una situación de crisis que genera riesgo inmediato para sí misma o terceros y que no acepta voluntariamente la internación, el Reglamento de Internación contempla la **Internación de Urgencia no Voluntaria** (Artículo 13), la cual "sólo podrá extenderse por un período máximo de 72 horas". Esta internación debe ser resuelta por un médico, de preferencia especializado en psiquiatría, como parte de su trabajo clínico habitual y, por lo tanto, forma parte de las actividades propias de las Redes Asistenciales públicas y privadas, sin que en esta decisión se requiera la participación de la Autoridad Sanitaria.
2. Por otra parte, la **Internación Administrativa** (Artículo 14), es aquella que se determina por resolución de la Autoridad Sanitaria competente, con el fin de internar en un centro asistencial, a una persona afectada por una enfermedad mental, cuya conducta patológica pone en riesgo su integridad y la de los demás y que se niega a la posibilidad de concurrir voluntariamente a su diagnóstico y tratamiento en un centro asistencial.
3. En cualquiera de los dos casos antes citados, la internación de una persona puede requerir previamente de su traslado al centro asistencial, operación que probablemente sea también resistida, haciéndose necesaria la dictación de una resolución previa de **Traslado Administrativo**, con el fin de que sea llevada al establecimiento donde se realizará el diagnóstico psiquiátrico y eventual posterior tratamiento, según corresponda.

## III. AUTORIDAD COMPETENTE.-

En términos generales los procedimientos administrativos de traslados e internaciones no voluntarias de personas afectadas por enfermedad mental que se regulan en el mencionado reglamento, constituyen actos formales de la autoridad que deben ser resueltos estrictamente, en la medida que dan lugar a situaciones de privación de la libertad personal, que la Constitución Política garantiza a todas las personas en su artículo 19 número 7, fundamentadas por Ley en el Libro Séptimo del Código Sanitario.

Le corresponde a la Autoridad Sanitaria ordenar las Internaciones y Traslados Administrativos, resguardando ante todo el derecho de libertad de la persona. A partir del 1° de enero de 2005, con la entrada en vigencia de la Ley N° 19.937, la **autoridad sanitaria competente es el Secretario Regional Ministerial de Salud**, en cuyo territorio de competencia se encuentre situado el establecimiento de carácter público o privado, donde se llevará a efecto la **Internación Administrativa**, ya que es en dicho establecimiento, en el que se produce la privación forzada de la libertad personal.

En el caso de requerimientos de **Internación Administrativa** de personas que residen en Regiones que no poseen establecimientos o unidades de internación psiquiátricas, el Secretario Regional Ministerial o su delegado en las oficinas provinciales, solicitará que dicte la resolución pertinente a la Autoridad Sanitaria de la Región donde se llevará a efecto la internación conforme a las gestiones realizadas por el gestor de la red.

Del mismo modo le corresponde a la autoridad sanitaria dictar la resolución de **Traslado Administrativo**, cuando ésta sea necesaria tanto para internación de urgencia no voluntaria o administrativa. En este caso le corresponde dictar la resolución respectiva al Secretario Regional Ministerial en cuyo territorio se origina el traslado, puesto que es este quién genera la privación de libertad y desplazamiento forzado de la persona.

En el caso de los afiliados a FONASA y demás beneficiarios de la atención del Estado, es competencia y responsabilidad del Director del Servicio de Salud en el cual reside la persona afectada por una enfermedad mental, contribuir a su diagnóstico y tratamiento de salud, asegurando la plaza necesaria cuando se dicte la resolución de **Internación Administrativa** respectiva, utilizando para ello los recursos la red asistencial de su dependencia, de la red asistencial de otros Servicio de Salud del país según acuerdos establecidos o del sector privado conforme a los convenios celebrados al efecto.

Para tal objeto, deberán establecerse acuerdos entre las Autoridades de los Servicios de Salud, de manera tal que el acceso a este derecho esté disponible para todas las personas que lo requieran, pudiendo la Subsecretaría de Redes Asistenciales resolver los casos de desacuerdo.

Es también responsabilidad del Director de Servicio de Salud en cuyo territorio la persona vive y se atiende, mantener una supervigilancia sobre la condición de salud de la persona y del cumplimiento de las medidas administrativas dictadas.

En tal sentido, es importante que al dictar alguna resolución administrativa de la naturaleza de las antes indicadas, el SEREMI se contacte con los funcionarios responsables de las redes asistenciales pertinentes a esta especialidad, con el fin de que las medidas adoptadas puedan llevarse a cabo consecuentemente y evitar su dilación.

El Secretario Regional Ministerial puede delegar, mediante resolución, estas facultades de **Traslado e Internación Administrativa** en funcionarios de su dependencia que se desempeñen en su propia sede o en las oficinas provinciales que se constituyan, con el fin de realizar una gestión más próxima e inmediata con las personas y los directivos responsables de los establecimientos de internación, sean éstos públicos o privados

## IV. PROCEDIMIENTO.-

### Definición de situaciones:

Cuando se configure una de las siguientes situaciones, la Autoridad Sanitaria (SEREMI) puede indicar:

#### 1. Internación administrativa

- 1.1 Cuando una persona que fue hospitalizada involuntariamente de urgencia, al cabo de 72 horas, continua en crisis y persiste en no otorgar su consentimiento para continuar el tratamiento en régimen de internación
- 1.2. Cuando una persona ha sido diagnosticada en la comunidad por un médico psiquiatra, como portadora de una crisis originada en una enfermedad mental, que se manifiesta por conductas que ponen en riesgo su integridad o la de los demás y no consiente la internación en forma voluntaria. La evaluación médica debe estar actualizada (al menos dentro de los últimos 30 días), efectuada por un médico psiquiatra de las redes asistenciales del Sistema Público o un psiquiatra del Sistema Privado.

#### 2. Traslado Administrativo

- 2.1 En el evento que una persona **aparentemente afectada** por una enfermedad mental, que se encuentra en su hogar o en algún otro lugar de la comunidad, presenta una conducta que pone en riesgo su integridad o la de los demás y rechaza la hospitalización voluntaria. El Traslado Administrativo conducirá a la persona a un centro asistencial público o privado a fin de que sea evaluada por un médico psiquiatra que certifique la condición actual de la persona.
- 2.2. En la necesidad de dar cumplimiento a una resolución de Internación Administrativa previamente dictada, para conducir a la persona al establecimiento donde se realizará la hospitalización.

### Origen de la solicitud

La resolución de Traslado y/o Internación Administrativa se realiza previa solicitud de:

- a) La familia o cualquier miembro de la comunidad, en aquellos casos en que se denuncie la conducta alterada de una persona supuestamente afectada por una enfermedad mental, en la medida que dicha conducta ponga en riesgo la seguridad de sí misma o de la comunidad que la rodea.
- b) La autoridad policial o de orden, en aquellos casos en que la denuncia de esta alteración haya sido constatada por ésta o se le haya hecho llegar a través de familiares o miembros de la comunidad, así como también en aquellos en que la conducta se presenta durante su reclusión en un recinto penal, si no es portadora de una orden judicial.
- c) El médico tratante en los casos en que la persona haya sido internada de urgencia por encontrarse en estado de crisis, no haya superado dicha situación dentro de las 72 horas siguientes y persista en no aceptar la internación.
- d) El médico psiquiatra que haya realizado la evaluación en el hogar de la persona afectada o en otro lugar de la comunidad, constatando que se cumplen los requisitos y condiciones para Internación Administrativa.
- e) El Director del Servicio de Salud, en el caso a que se alude en el párrafo siguiente.

Los Formularios de solicitud de Internación Administrativa y de Traslado Administrativo deben contener siempre, con letra clara y legible, el nombre, RUN, dirección y teléfono del profesional y ser firmada de su puño y letra.

En casos de médico psiquiatras pertenecientes a una Institución de salud, igualmente la solicitud debe hacerse en un documento con clara y completa identificación institucional y del profesional que ha efectuado la evaluación e indicado la internación administrativa, firmado igualmente por este último, de su puño y letra.

En los casos de solicitud de familiar o miembro de la comunidad el formulario debe completarse por escrito, de puño y letra y con identificación completa y clara (nombre, domicilio, teléfono).

El Servicio de Salud en el cual reside la persona afectada será responsable de cumplir la resolución de Internación Administrativa, utilizando para ello las camas del/ de los servicios de psiquiatría de corta estadía existentes en su red asistencial. Los Servicios de Salud que no disponen de servicios de psiquiatría de corta estadía podrán establecer acuerdos con otros Servicios de Salud que sí cuentan con ellos. Tales acuerdos y coordinaciones deben estar en conocimiento de los SEREMI correspondientes, a objeto que estos procedan con arreglo a estos antecedentes.

En la actualidad y de acuerdo al desarrollo de la red de salud mental y psiquiatría a lo largo del país, las hospitalizaciones psiquiátricas de corta estadía se pueden realizar según lo establecido en la tabla a continuación. No obstante, cada Servicio de Salud de acuerdo a sus facultades propias, puede establecer convenios y acuerdos con establecimientos públicos y/o privados para responder a esta obligación.

<b>Beneficiarios de Servicio de Salud</b>	<b>Servicio de Psiquiatría Corta Estadía</b>
Arica	Hospital Dr. Juan Noé
Iquique	Hospital Dr. Ernesto Torres
Antofagasta	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán
Atacama – Coquimbo - Aconcagua Viña del Mar- Quillota (interior)	Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel
Valparaíso-San Antonio Viña del Mar- Quillota (costa)	Hospital Psiquiátrico del Salvador
M. Norte – M. Central M. Oriente - M. Occidente	Instituto Horwitz
M. Sur (excepto San Bernardo y El Bosque)	Hospital Barros Luco
M. Sur (San Bernardo y El Bosque) M. Sur Oriente - O'Higgins	Hospital El Peral
Maule	Hospital Regional de Talca
Ñuble	Hospital Herminda Martín
Concepción – Talcahuano – Arauco - Bio-Bio	Hospital Regional Dr. G. Grant Benavente
Araucanía Norte - Araucanía Sur	Hospital Regional Temuco
Valdivia	Hospital Base Valdivia
Osorno	Hospital Base Osorno
Llanchipal	Hospital de Puerto Montt
Aysen	Hospital Regional Coyhaique
Magallanes	Hospital Regional Lautaro Navarro

Las Internaciones Administrativas de personas beneficiarias de otros seguros de salud o particulares, se efectuarán en establecimientos pertenecientes a las redes del seguro respectivo, de acuerdo a lo que determinen los familiares o cuidadores de la persona afectada. En el evento que éstos no tengan disponibilidad para recibir a estas personas, las internaciones deberán efectuarse en los establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud, quienes no podrán

rechazarlos, a menos que ello cause detrimento en el acceso y oportunidad de respuesta a las necesidades de sus propios beneficiarios legales.

### **Duración y término de la internación administrativa**

La dictación de una Internación Administrativa tendrá una duración de 30 días.

Antes de este plazo, cuando la persona haya completado un período de Internación Administrativa tal que le permita alcanzar un estado mental clínicamente satisfactorio, para continuar su tratamiento con comprensión y autonomía suficientes, el médico tratante deberá informar a la Autoridad sanitaria a fin de que esta dicte la resolución de término de la Internación Administrativa.

El término de la Internación Administrativa puede dar paso a una internación voluntaria o a atención ambulatoria.

De mantenerse las condiciones que hicieron necesaria la Internación Administrativa más allá de 30 días, la persona deberá ser reevaluada por un médico psiquiatra distinto del tratante, que cumpla los mismos requisitos que aquel, para determinar la prórroga de la Internación Administrativa por periodos iguales y sucesivos si corresponde, dejando constancia en la ficha clínica de la persona y solicitando la prórroga a la Autoridad Sanitaria que ordenó la Internación Administrativa.

En el caso de personas que son beneficiarias del Sistema Público de salud, cuando la Internación Administrativa se ha verificado en un Establecimiento correspondiente a un Servicio o Región distintos de la residencia de la persona, el procedimiento para el término de esta debe completar los siguientes requisitos:

- El Director del Servicio Salud del lugar donde se realizó la internación, enviará a la SEREMI que dispuso la Internación Administrativa, una epicrisis detallada, con las indicaciones del tratamiento y toda otra información que se considere relevante, solicitando el término de la Internación Administrativa.
- La autoridad correspondiente - SEREMI que dictó la Internación Administrativa - procederá a resolver el término de la misma e informará al Director de Servicio de Salud en el cual reside la persona, de los antecedentes para la continuación del tratamiento, adjuntando epicrisis e indicaciones de tratamientos a seguir.

## **V. RESGUARDO DE DERECHOS DE LAS PERSONAS Y ROL DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL**

En los pocos casos en los cuales es imprescindible considerar la Internación Administrativa, la Autoridad Sanitaria y los establecimientos públicos y privados que integran las Redes Asistenciales, deben velar para que, por una parte, no se indique abusivamente, asegurando que existe una condición de trastorno mental y que es de riesgo para la persona o para terceros y, por otra, para que cuando se requiera hacer uso de ella, se efectúe con la responsabilidad de resguardar al máximo los derechos de la persona, tales como el derecho de recibir un tratamiento que no puede darse en otras condiciones o que en el caso de no otorgarse aumenta los riesgos y el derecho a ser tratado con el uso de la mínima compulsión necesaria.

Al momento de efectuarse una Internación Involuntaria se le debe informar a la persona de sus derechos y deberes como paciente, tal como establece el D.S. 570/98, Reglamento de Internación Psiquiátrica y se le debe informar que existe la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental, a la cual puede también recurrir si considera que sus derechos están siendo vulnerados.

En todos los casos de Internación Involuntaria se le debe explicar a la persona afectada las razones que hacen necesario este procedimiento, que está orientado a su propio beneficio, y la transitoriedad del mismo. Se deben agotar todas las alternativas de negociación para obtener la máxima colaboración posible por parte de la persona.

Según lo establecido en el Reglamento para la Internación de Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan, le corresponde a la Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedad Mental, resguardar que durante la internación se respeten plenamente los derechos de las personas con enfermedades mentales, tanto en el sistema público como en el privado, para que no se cometan abusos o restricciones innecesarias.

Para cumplir con lo anterior, la Comisión Nacional (o Regional si ésta ha sido constituida) deberá ser informada de todas las resoluciones de Internaciones y Traslados administrativos dictadas, así como de las resoluciones de prórroga y/o término de las Internaciones Administrativas.

Complementariamente, la Comisión Nacional (o Regional en su caso), recibirá las quejas que formulen las personas en relación con la Internación Administrativa y, si corresponde, las representará a la Autoridad Sanitaria correspondiente.

Con el fin de facilitar la implementación de los procedimientos de Traslado e Internación administrativos que se describen en la presente Circular, deberán efectuarse reuniones periódicas entre la SEREMI y los Servicios de Salud respectivos, con participación de profesionales de Salud Mental y Asesoría Jurídica.

La presente circular recoge y reúne las instrucciones emitidas en las circulares: N° 16 del 20/06/2002; N° 24 del 06/04/2005 y N° 10 del 10/03/2006 y por tanto las reemplaza, quedando éstas derogadas.

Saluda atte. a Ud.



**SOLEDAD BARRIA IROUME**  
**MINISTRA DE SALUD**

**DISTRIBUCIÓN;**

- **SEREMI del país**
- **Directores de Servicios de Salud del país**
- **Gabinete Sra. Ministra**
- **Gabinete Sres. Subsecretarios**
- **Dpto. Salud Mental**
- **Comisión Nacional de Protección Personas Afectadas por Enfermedad Mental**
- **Comisiones Regionales de Protección Personas Afectadas por Enfermedad Mental (Regiones III, VIII, X y XII)**
- **Dpto. Diseño y Operaciones DIGERA**
- **Dpto. Asesoría Jurídica**
- **Oficina de Partes.**





GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
Comisión Nacional de Protección de  
Personas con Enfermedad Mental

## SOLICITUD DE TRASLADO ADMINISTRATIVO<sup>(1)</sup> Formulario para Médicos

Tengo a bien solicitar a Usted dicte resolución de Traslado Administrativa para el/ la

Sr./Sra./Srta.		
_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
_____	_____	_____
RUT	Edad	Sexo
Domiciliado(a) en:		
_____	_____	_____
Calle	Nº	Dpto.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Ciudad	Región	Teléfono

Los siguientes antecedentes clínicos ameritan que esta persona sea trasladada contra su voluntad a un servicio de urgencia, para evaluación psiquiátrica:

- Existe una alta sospecha que presente una enfermedad mental, de acuerdo a las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, de la OMS.
- Esta persona presenta en la actualidad conductas que ponen en riesgo su integridad y la de los demás, y es probable que dichas conductas se vean favorecidas por una enfermedad mental.
- Dada su condición actual, esta persona no ha otorgado consentimiento para su traslado voluntario a un servicio de urgencia o no tiene capacidad para otorgar dicho consentimiento.

(1) De acuerdo a o establecido en el Reglamento de Internación de las Personas con Enfermedad Mental, Decreto Supremo N° 570, Diario Oficial del 14 de Julio del 2000



Sospecha Diagnóstica: \_\_\_\_\_

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

Riesgos para sí mismo (a): \_\_\_\_\_

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

Riesgos para terceros: \_\_\_\_\_

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

**Identificación del Médico Solicitante:**

(Completar con letra clara y legible y firmar de puño y letra)

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
RUT

\_\_\_\_\_  
Teléfonos

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
Comisión Nacional de Protección de  
Personas con Enfermedad Mental

## SOLICITUD DE INTERNACION ADMINISTRATIVA<sup>(1)</sup>

### Formulario para Familiares, Vecinos y otros miembros de la comunidad

Tengo a bien solicitar a Usted dicte resolución de internación administrativa para el/ la

Sr./Sra./Srta:		
_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
_____	_____	_____
RUT	Edad	Sexo
Domiciliado(a) en:		
_____	_____	_____
Calle	Nº	Dpto.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Ciudad	Región	Teléfono

Los siguientes antecedentes sugieren que esta persona sea internada contra su voluntad en un servicio de psiquiatría de corta estadía:

- Existe una alta sospecha que presente una enfermedad mental.
- Esta persona presenta en la actualidad conductas que ponen en riesgo su integridad y la de los demás, y es probable que dichas conductas se vean favorecidas por una enfermedad mental.
- Dada su condición actual, esta persona no ha otorgado consentimiento para su traslado voluntario a un servicio de psiquiatría o no tiene capacidad para otorgar dicho consentimiento.

(1) De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Internación de las Personas con Enfermedad Mental, Decreto Supremo N° 570, Diario Oficial del 14 de Julio del 2000



Riesgos para sí mismo (a): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Riesgos para terceros: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Identificación de la /las Persona /s que solicita /n la Internación

Nombre Completo: _____ RUT _____ Teléfono _____ Dirección _____ Relación con la persona para la cual solicita internación _____ Fecha _____ Firma _____
Nombre Completo: _____ RUT _____ Teléfono _____ Dirección _____ Relación con la persona para la cual solicita internación _____ Fecha _____ Firma _____
Nombre Completo: _____ RUT _____ Teléfono _____ Dirección _____ Relación con la persona para la cual solicita internación _____ Fecha _____ Firma _____
Nombre Completo: _____ RUT _____ Teléfono _____ Dirección _____ Relación con la persona para la cual solicita internación _____ Fecha _____ Firma _____



Gobierno de Chile  
Ministerio de Salud

SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
Comisión Nacional de Protección de  
Personas con Enfermedad Mental

## SOLICITUD DE INTERNACION ADMINISTRATIVA<sup>(1)</sup>

### Formulario para Médicos Psiquiatras

Tengo a bien solicitar a Usted dicte resolución de internación administrativa para el/ la

Sr./Sra./Srta.			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
RUT	Edad	Sexo	
Domiciliado(a) en:			
Calle	Nº	Dpto.	Comuna
Ciudad	Región	Teléfono	

Los siguientes antecedentes clínicos ameritan que esta persona sea hospitalizada contra su voluntad en un servicio de psiquiatría de corta estadía:

- Presenta una enfermedad mental, de acuerdo a las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, de la OMS
- La condición actual de su enfermedad mental requiere un tratamiento inmediato, el cual no es posible de llevar a cabo de manera eficaz en forma ambulatoria.
- La enfermedad mental de esta persona favorece conductas que ponen en riesgo su integridad y la de los demás, y
- Dada su condición actual, esta persona no ha otorgado consentimiento para su hospitalización voluntaria o no tiene capacidad para otorgar dicho consentimiento.

(1) De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Internación de las Personas con Enfermedad Mental, Decreto Supremo N° 570, Diario Oficial del 14 de Julio del 2000

Mi indicación se basa en los siguientes hechos:

1. Hechos observados personalmente por mí, en la fecha \_\_\_\_\_ (no más de 30 días desde la fecha actual)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Hechos comunicados a mí por otra(s) persona(s) (señale nombres, apellidos y RUT) (no más de 30 días desde la fecha actual)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Diagnósticos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Riesgos para sí mismo (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Riesgos para terceros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Identificación del Médico Solicitante:**

(Completar con letra clara y legible y firmar de puño y letra)

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
RUT

\_\_\_\_\_  
Teléfonos

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma