Inventario de Efectos Personales

La siguiente persona _____ ha tenido en custodia los siguientes objetos:

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Por cuestiones médicas y de seguridad, la persona ha colocado los siguientes objetos en custodia temporaria de esta institución. (Agregar más hojas si fuera necesario)

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Ésta es una lista correcta de mis efectos personales que dejo en custodia de la institución.

_____ _____ _____ a.m. p.m.
Firma de la Persona Fecha Hora

_____ _____ _____ a.m. p.m.
Firma/Cargo del Testigo del Inventario Fecha Hora

_____ _____ _____ a.m. p.m.
Firma/Cargo del Testigo del Inventario Fecha Hora

El motivo o los motivos por los cuales la persona no puede o no está dispuesta a firmar lo anteriormente mencionado son los siguientes: _____

_____.

Cualquier reforma al inventario precedente se realizará en otro formulario de inventario, firmado por la persona, y con la presencia de dos testigos.

El inventario debe ser reformado a pedido de la persona, curador, representante de curador o representante. Todos los efectos en poder de la institución serán devueltos a la persona inmediatamente en el momento del alta o del traslado de la institución, salvo que dicha devolución fuera en perjuicio de la persona. En caso de no ser devueltos a la persona, el motivo debe ser documentado en la historia clínica junto con la enajenación de los efectos personales. El formulario de inventario debe ser incluido en la historia clínica de la persona.

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
☐ Persona		a.m. p.m.	
☐ Curador		a.m. p.m.	
☐ Representante de Curador		a.m. p.m.	
☐ Representante		a.m. p.m.	

Ver Art. 394,459(6), Leyes de Florida
Formulario CF-MH 3043, Febrero 2005 (Ediciones anteriores obsoletas) (Formulario recomendado) **LEY BAKER**