

COMUNICADO SOBRE EL INTERNAMIENTO (Internamiento con Consentimiento)

Sr .(a).....

Año.....Mes.....Día.....

- 1- Su internamiento está basado en su consentimiento y de acuerdo con los principios de la ley de salud mental y bienestar para personas con trastornos psiquiátricos estipulados en el apartado 3 del capítulo 22 de dicha ley que definen el Internamiento con Consentimiento.
- 2- Durante su internamiento no le será restringida la emisión o recepción de correspondencia, sin embargo, si nuestros trabajadores consideraran que usted está recibiendo objetos extraños en los sobres sellados, ellos podrán pedirle que abra dichos sobres y muestre el contenido, que podrá ser decomisado.
- 3- Durante su internamiento podrá recibir la visita o llamada telefónica de los funcionarios públicos encargados de la protección de sus derechos humanos, del abogado que lo representa, de acuerdo con su petición, o la de su guardián, las visitas y llamadas de otras personas podrán ser ocasionalmente restringidas según criterio médico.
- 4- Durante su internamiento, en principio será considerado con plena libertad (excepto por las noches, está abierta la posibilidad de entrar y salir del hospital). Sin embargo, si su tratamiento médico lo requiere, dicha libertad le será recortada.
- 5- Durante su internamiento, es posible que se deba mantener su comportamiento bajo control con fines terapéuticos.
- 6- Ya que ha sido internado en la modalidad de internamiento con consentimiento, usted tiene derecho a solicitar su alta cuando lo considere conveniente. Tenga presente sin embargo, que si después de una evaluación el médico experto en salud mental indica que usted necesita continuar internado, su petición de alta no procederá, pero usted deberá ser informado de las razones por las que debe continuar internado.
- 7- Si hubiera algún punto con el que no esté conforme o plenamente convencido, por favor expréselo con toda confianza a los funcionarios del hospital. Asimismo, si no estuviera de acuerdo con la forma en que será tratado por el personal, usted o su responsable tienen potestad para solicitar el alta o la mejora del trato hospitalario, para lo cual deberá dirigirse por escrito al gobernador de la prefectura o ciudad correspondiente.

Si desea más información al respecto, infórmese con los funcionarios del hospital o solicite informes a la siguiente dirección.

(Dirección de la división encargada de bienestar y salud mental de cada prefectura o ciudad)

8. Le pedimos su colaboración y esfuerzo en cumplir con el tratamiento indicado por el hospital.

Nombre del hospital.....

Nombre del administrador.....

Nombre del médico responsable.....

ACUERDO DE INTERNAMIENTO CON CONSENTIMIENTO

Año.....**Mes**.....**Día**.....

Señor(Jefe del Hospital)

Nombre del internado.....

Fecha de Nacimiento: Año..... Mes..... Día.....

Dirección.....

Yo, en conocimiento del contenido del “Comunicado sobre el internamiento”

(que me fuera informado al momento del internamiento) y en conformidad con el

apartado 3 del título 4, capítulo 22 de la ley de salud mental y bienestar para

personas con trastornos psiquiátricos, estoy de acuerdo con ser internado en este

hospital.

COMUNICADO DE INTERNAMIENTO (Internamiento con Fines de Protección Médica)

Señor.....

Año.....Mes.....Día.....

1. De acuerdo con el resultado de la evaluación del médico especialista en salud mental designado, se consideró necesario su internamiento, por lo tanto usted fue internado el día.....del mes..... del año.....
2. Su internamiento está definido como Internamiento con fines de Protección Médica por los apartados 1 y 2 del capítulo 33 de la ley de salud mental y bienestar para personas con trastornos psiquiátricos.
3. Durante su internamiento no le será restringida la emisión o recepción de correspondencia, sin embargo, si nuestros trabajadores consideraran que usted está recibiendo objetos extraños en los sobres sellados, ellos podrán pedirle que abra dichos sobres y muestre el contenido, que podrá ser decomisado.
4. Durante su internamiento podrá recibir la visita o llamada telefónica de los funcionarios públicos encargados de la protección de sus derechos humanos, del abogado que lo representa, de acuerdo con su petición o la de su guardián, las visitas y llamadas de otras personas podrán ser ocasionalmente restringidas según criterio médico.
5. Durante su internamiento, es posible que se deba mantener su comportamiento bajo control con fines terapéuticos.
6. Si hubiera algún punto con el que no esté conforme o plenamente convencido, por favor exprese lo con toda confianza a los funcionarios del hospital. Así mismo, si no estuviera de acuerdo con la forma en que será tratado por el personal, usted o su responsable tienen potestad para solicitar el alta o la mejora del trato hospitalario, para lo cual deberá dirigirse por escrito al gobernador de la prefectura o ciudad correspondiente.
Si desea más información al respecto, infórmese con los funcionarios del hospital o solicite informes a la siguiente dirección.

(Dirección de la división encargada de bienestar y salud mental de cada prefectura o ciudad)

7. Le pedimos su colaboración y esfuerzo en cumplir con el tratamiento indicado por el hospital.

Nombre del hospital

Nombre del administrador

Nombre del médico especialista en salud mental designado

Nombre del médico responsable

COMUNICADO DE INTERNAMIENTO (Internamiento de Emergencia)

Señor

Año..... Mes..... Día.....

1. De acuerdo con el resultado de la evaluación del médico especialista en salud mental designado, se consideró necesario su internamiento, por lo tanto usted fue internado el día.....del(mes)..... (año)
2. Su internamiento está definido como Internamiento de Emergencia por el apartado 4 del capítulo 33 de la ley de salud mental y bienestar para personas con trastornos psiquiátricos.
3. Durante su internamiento no le será restringida la emisión o recepción de correspondencia, sin embargo, si nuestros trabajadores consideraran que usted está recibiendo objetos extraños en los sobres sellados, ellos podrán pedirle que abra dichos sobres y muestre el contenido, que podrá ser decomisado.
4. Durante su internamiento podrá recibir la visita o llamada telefónica de los funcionarios públicos encargados de la protección de sus derechos humanos, del abogado que lo representa, de acuerdo con su petición o la de su guardián, las visitas y llamadas de otras personas podrán ser ocasionalmente restringidas según criterio médico.
5. Durante su internamiento, es posible que se deba mantener su comportamiento bajo control con fines terapéuticos.
6. Si hubiera algún punto con el que no esté conforme o plenamente convencido, por favor exprese lo con toda confianza a los funcionarios del hospital. Así mismo, si no estuviera de acuerdo con la forma en que será tratado por el personal, usted o su responsable tienen potestad para solicitar el alta o la mejora del trato hospitalario, para lo cual deberá dirigirse por escrito al gobernador de la prefectura o ciudad correspondiente.
Si desea más información al respecto, consulte con los funcionarios del hospital o solicite informes a la siguiente dirección.

(Dirección de la división encargada de bienestar y salud mental de cada prefectura o ciudad)

7. Le pedimos su colaboración y esfuerzo en cumplir con el tratamiento indicado por el hospital.

Nombre del hospital

Nombre del administrad

Nombre del médico especialista en salud mental designado

Nombre del médico responsable

COMUNICADO DE RECLUSIÓN FÍSICA

Señor.....

Año.....Mes.....Día.....

1. De acuerdo con la existencia de las consideraciones que se detallan a continuación, le comunicamos que será sometido a reclusión física (Año.....Mes..... DÍA.....Hora.....)
2. La reclusión física terminará cuando su recuperación sea evidente.

Consideraciones

A - Peligro inminente de suicidio o autoagresión.

B - Situación de hipercinesia (agitación física) y notable desasosiego.

C - De no ser atendido adecuadamente, la vida del paciente se estaría poniendo en riesgo debido a situaciones patológicas añadidas a las mencionadas en A y B.

D - Otras ()

Nombre del médico especialista en salud mental designado

.....

COMUNICADO DE AISLAMIENTO DEL PACIENTE

Señor.....

Año.....Mes.....Día.....

1. Por encontrarse usted en una de las situaciones que se detallan a continuación en las consideraciones, se ha dcidido el aislamiento del paciente a partir de la fecha (Año.....Mes..... Día.....Hora.....)
2. El aislamiento terminará cuando se compruebe que su situación lha mejorado.

Consideraciones

- A. La relación con otoros pacientes puede colocar a éstos en riesgo, pudiendo su compartamiento verbal o físico ejercer influencia negativa en del desarrollo de la enfermedad de dichos pacientes.
- B. Existe un riesgo inminente de intento de suicidio o autoagresión.
- C. Su comportamiento hacia los otros pacientes es violento y causa malestar entre ellos además de destruir los objetos que se encuentran a su alrededor de manera incontrolable.
- D. Situación en que se requiere tratamiento médico especial y/o incapacidad para proteger al paciente en un pabellón psiquiátrico común debido a una situación de enforia aguda con evidente desasosiego, hipercinesis y comportamiento explosivo.
- E. Es necesario aislar al paciente debido a una complicaión física y se requiere tratamiento o realización de exámenes de laboratorio.
- F. Otras ()

Nombre del médico

COMUNICADO DE RESTRICCIÓN DE LAS SALIDAS

Señor.....

Debido a su condición clínica presente y debido a que su tratamiento lo requiere, en adelante se llevará el control de las salidas del hospital que usted realice.

El control de sus salidas terminará cuando su condición clínica o cuando el médico tratante otorgue su permiso, volviendo sus salidas a realizarse con libertad.

Año.....MesDía.....

Hora.....

Nombre del médico

COMUNICADO DE EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE INTERNAMIENTO

Señor.....

Año.....Mes.....Día.....

1. Hacemos de su conocimiento que a pesar de su solicitud de alta, se ha decidido la extensión del período de internamiento a partir de (Hora:) en correspondencia con la evaluación del médico especialista en salud mental designado y de conformidad con las regulaciones del apartado 4 del título 4 del capítulo 22 de la ley de salud mental y bienestar para personas con trastornos psiquiátricos.
2. Durante su internamiento no le será restringida la emisión o recepción de correspondencia, sin embargo, si nuestros trabajadores consideraran que usted está recibiendo objetos extraños en los sobres sellados, ellos podrán pedirle que abra dichos sobres y muestre el contenido, que podrá ser decomisado.
3. Durante su internamiento podrá recibir la visita o llamada telefónica de los funcionarios públicos encargados de la protección de sus derechos humanos, del abogado que lo representa, de acuerdo con su petición o la de su guardián, las visitas y llamadas de otras personas podrán ser ocasionalmente restringidas según criterio médico.
4. Durante su internamiento, es posible que se deba mantener su comportamiento bajo control con fines terapéuticos.
5. Si hubiera algún punto con el que no esté conforme o plenamente convencido, por favor exprese con toda confianza a los funcionarios del hospital. Así mismo, si no estuviera de acuerdo con la forma en que será tratado por el personal, usted o su responsable tienen potestad para solicitar el alta o la mejora del trato hospitalario, para lo cual deberá dirigirse por escrito al gobernador de la prefectura o ciudad correspondiente.

Si desea más información al respecto, consulte con los funcionarios del hospital o solicite informes a la siguiente dirección.

(Dirección de la división encargada de bienestar y salud mental de cada prefectura o ciudad)

6. Le pedimos su colaboración y esfuerzo en cumplir con el tratamiento indicado por el hospital.

Nombre del hospital

Nombre del administrador

Nombre del médico designado

Nombre del médico responsable

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ALTA O MEJORA DEL TRATO RECIBIDO EN EL HOSPITAL

Año.....Mes.....Día.....

Señor Gobernador de la Prefectura o Ciudad (Alcalde)

Solicitante: Dirección.....
Nombre.....

De acuerdo con el apartado 4 del capítulo 38 de la ley de salud mental y bienestar para personas con trastornos psiquiátricos, solicito el alta/la mejora del trato recibido de este hospital.

Para pacientes internados en hospital psiquiátrico al momento de la solicitud	Nombre Fecha de Nacimiento: Año Mes Día Dirección
Solicitante	1. Titular 2. Guardián (Relación con el paciente) 3. Representante
Nombre del Hospital	Hospital
Fecha de Ingreso	Año Mes día
Forma de Ingreso	1 Internamiento Necesario 2 Protección médica 3 Internamiento con consentimiento 4 Otro
Razones para la solicitud en detalle	