

患者氏名 :

患者 ID :

SOLICITUD DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA (JURAMENTO ESCRITO)

Nombre del centro hospitalario: _____

Director del centro: _____

Prometo que al ser internado en su centro hospitalario respetaré las reglas internas del centro.

En caso de que realice alguna acción que infrinja los reglamentos, incluyendo los puntos descritos debajo, o en caso de que se considere que he molestado a otros pacientes, obedeceré las indicaciones del centro y saldré inmediatamente del mismo. Prometo que no molestaré en el centro hospitalario de ninguna manera y, para que conste, pongo mi firma junto con la del solicitante y la de mis garantes “Mimoto Hoshonin” y “Rentai Hoshonin”.

En relación a los costes de la internación hospitalaria y a otros gastos, la persona internada, el solicitante o el garante “Rentai Hoshonin” pagará el importe total sin que venza la fecha preestablecida.

1. En cuanto al paciente, el garante “Mimoto Hoshonin” se hará cargo del paciente en su totalidad.
2. En caso de que el centro hospitalario dé de alta al paciente o indique que el paciente debe salir del centro, el garante “Mimoto Hoshonin” deberá hacerse responsable del paciente el día preestablecido para su salida del centro.
3. Antes de que venza la fecha preestablecida, presentaré los documentos y certificados que me indique el centro hospitalario.

* En caso que la persona internada y el solicitante sean la misma persona, no será necesario escribir nada en el espacio reservado para el solicitante.

Solicitante			
Nombre y apellido		Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)	Año Mes Día (años)	Relación con el paciente	
Dirección			
Número de teléfono (domiciliario)		Número de teléfono (móvil)	
Nombre del lugar de trabajo		Teléfono del trabajo	

Sello o firma: _____

Fecha: _____

Persona internada			
Nombre y apellido		Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)	Año Mes Día (años)		
Dirección			
Número de teléfono (domiciliario)		Número de teléfono (móvil)	
Nombre del lugar de trabajo		Teléfono del trabajo	

患者氏名 :

患者 ID :

Sello o firma: _____**Fecha:** _____

Fiador "Mimoto Hoshonin"			
Nombre y apellido			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)	Año	Mes	Día (años) Relación con el paciente
Dirección			
Número de teléfono (domiciliario)		Número de teléfono (móvil)	
Nombre del lugar de trabajo		Número de teléfono (trabajo)	

Sello o firma: _____**Fecha:** _____

Cofiador "Rentai Hoshonin"			
Nombre y apellido			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)	Año	Mes	Día (años) Relación con el paciente
Dirección			
Número de teléfono (domiciliario)		Número de teléfono (móvil)	
Nombre del lugar de trabajo		Número de teléfono (trabajo)	

* Yo (cofiador "Rentai Hoshonin") prometo que me haré cargo de las responsabilidades como garante solidario en caso de que no se paguen en la fecha preestablecida, o se paguen solo parcialmente, los costes de la internación hospitalaria y demás gastos.

Sello o firma: _____**Fecha:** _____

* Las informaciones privadas del paciente serán manejadas bajo el reglamento del hospital.