**Formulario 1**

Carta de consentimiento de hospitalización voluntaria

Fecha (dd/mm/aaaa): / /

Sr. Director del Hospital

Paciente hospitalizado Nombre:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

He comprendido el “Aviso sobre la hospitalización voluntaria” (puntos notificados al momento de admisión), y doy mi consentimiento para hospitalizarme en su hospital, de acuerdo con las disposiciones del Artículo 21, párrafo 1 de la Ley de Salud Mental y Bienestar de Personas con Enfermedad Mental.