**Formulario 2**

Aviso sobre la hospitalización voluntaria

Sr./Sra. (Nombre del paciente de hospitalización voluntaria)

Fecha (dd/mm/aaaa): / /

1. Su hospitalización es una hospitalización voluntaria, basada en su consentimiento, de acuerdo con el artículo 20 de la Ley de Salud Mental y Bienestar de las Personas con Enfermedad Mental.
2. Durante su hospitalización, puede recibir y enviar cartas y postales sin restricciones. Sin embargo, si se determina que hay un objeto extraño en el sobre, es posible que se le solicite que lo abra junto con un personal del hospital y puede ser que el objeto extraño sea conservado en el hospital.
3. Durante su hospitalización, no se restringirán las llamadas telefónicas ni entrevistas con los funcionarios de organizaciones gubernamentales que defiendan los derechos humanos, abogados que lo representen, ni las entrevistas con abogados que deseen representarlo a pedido suyo o de su familia. Sin embargo, las llamadas telefónicas y entrevistas con otras personas que no sean las mencionadas pueden restringirse temporalmente según su condición de salud por indicaciones de su médico.
4. Durante su hospitalización, como regla general, su trato será en un entorno abierto (un tratamiento que le permite entrar y salir libremente del hospital, excepto por la noche). Sin embargo, podemos limitar su trato en un entorno abierto si es terapéuticamente necesario.
5. Durante su hospitalización, en caso de que sea absolutamente necesario para su tratamiento, sus comportamientos podrán ser restringidas.
6. Su hospitalización es voluntaria, por lo que puede ser dado de alta si así lo solicita. Sin embargo, es posible que continúe con su hospitalización, cuando un médico designado de salud mental o un médico específico lo examine y lo considere necesario. En ese caso, le explicaremos que tomaremos la medida para continuar con su hospitalización.
7. Durante su hospitalización, haremos todo lo posible para que su condición mejore. Si tiene alguna duda o inquietud sobre su tratamiento o su vida durante la hospitalización, no dude en hablar con el personal del hospital.
8. Si aun así no esté conforme con su hospitalización o su vida hospitalaria, usted o su familia pueden reclamar al Gobernador de la prefectura que dé instrucciones para el alta o mejora del tratamiento hospitalario. Si desea obtener más información sobre esto, consúltelo con el personal del hospital o comuníquese al siguiente contacto.

Información de contacto del gobierno local (incluido el número de teléfono)

1. Si ha sufrido abuso por parte del personal del hospital durante su hospitalización, puede denunciarlo por el siguiente medio. Además, si se percata que otro paciente hospitalizado sufre abusos por parte del personal del hospital, denúncielo al siguiente contacto.

Información de contacto del gobierno local para denunciar abusos (incluido el número de teléfono)

Nombre del Hospital:

Nombre del Administrador:

Nombre del Médico tratante: