**Formulario 6**

Aviso sobre la restricción del trato abierto

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

Fecha (dd/mm/aaaa): / /

1. Dado que su estado corresponde a lo siguiente, restringiremos el trato abierto a partir de ahora (a.m. / p.m. : ).
2. Si ya no presenta los siguientes estados, su trato volverá a ser abierto.

Nota

a. Estado en el que el comportamiento afecta negativamente al progreso y pronóstico de la condición médica del paciente, como la posibilidad de perjudicar significativamente las relaciones con otros pacientes, etc.

b. Estado en el que existe el riesgo de intento de suicidio o autolesión.

c. Estado que, además de a o b, es difícil continuar con el trato abierto debido a la condición médica del paciente correspondiente.

d. Otro ( )

Nombre del Médico: