**Formulario 12-2**

Aviso sobre la renovación del período de hospitalización por protección médica

Sr./Sra. (Nombre del familiar del paciente hospitalizado por protección médica)

Fecha (dd/mm/aaaa): / /

[Sobre la renovación del período de hospitalización por protección médica]

La hospitalización por protección médica es un sistema por el que, una persona que es determinada que tiene una enfermedad mental y necesita ser hospitalizada para recibir atención y protección médica, como resultado de un examen realizado por un médico designado de salud mental, es hospitalizado por un período de tiempo específico dentro del alcance (de 3 meses o menos, hasta que hayan transcurrido 6 meses desde el inicio de la hospitalización por protección médica; y de 6 meses o menos, después de que hayan transcurrido 6 meses desde el inicio de la hospitalización por protección médica) estipulado por la Ley de Salud Mental y Bienestar de Personas con Enfermedades Mentales (en adelante, la "Ley"), para la cual se obtiene, inevitablemente, el consentimiento de la familia, etc., cuando el paciente mismo no puede dar su consentimiento por la enfermedad mental que sufre. No obstante, si fuera necesario continuar la hospitalización, dicho período de hospitalización se renovará con el consentimiento de la familia del paciente, etc.

La razón por la cual es necesario renovar el período de hospitalización del Sr./Sra. (Nombre del paciente hospitalizado por protección médica) (en adelante, el "Paciente") que se encuentra actualmente hospitalizado, y el período de hospitalización después de la renovación y el manejo del consentimiento son como sigue.

1. El Paciente que se encuentra actualmente hospitalizado por protección médica, se considera necesario continuar la hospitalización de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo 6 del Artículo 33 de la Ley por las siguientes razones y propósitos.

 [Sobre las razones por las que es necesario continuar la hospitalización]

 (1) Como resultado del examen médico, se ha determinado que el Paciente padece la siguiente afección:

①Alucinaciones e ideas delirantes (tiene alucinaciones e ideas delirantes, que les dificulta distinguirlos de la realidad).

② Estado de agitación psicomotora (aumentan sus impulsos y voluntad, se emocionan fácilmente, les dificulta controlarse por sí mismo).

③ Estupor (dificultad para responder al mundo exterior debido a una fuerte inhibición de la fuerza de voluntad y una confusión grave).

④ Depresión (persiste un estado de ánimo bajo, pensamientos pesimistas, pérdida de interés o alegría).

⑤ Trastorno bipolar (estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, etc.).

⑥Delirio y estado de enturbiamiento de la conciencia (nivel reducido de alerta debido a alteración de la conciencia).

⑦ Estado de demencia (la función cognitiva disminuye, interfiriendo con la vida diaria en general).

⑧ Estado de esquizofrenia residual, etc. (dificultad en las actividades de la vida diaria, juicio social y desempeño funcional debido a la discapacidad).

⑨ Otro ( )

 (2) Se requirió que el Paciente permaneciera hospitalizado por las siguientes razones:

Dado que no es posible brindar un tratamiento suficiente en las consultas ambulatorias, la hospitalización es necesaria para brindar atención médica integral.

Es necesaria la hospitalización para realizar el diagnóstico y el tratamiento garantizando la seguridad.

Otro ( )

Continua en el reverso

1. Se ha deliberado en el Comité de Apoyo al Alta de Pacientes de Hospitalización por Protección Médica para facilitar la transición a la vida en la comunidad.
2. El período de hospitalización tras la renovación será hasta el (dd/mm/aaaa): / / .
3. Si está de acuerdo con esta renovación, complete la información necesaria en la carta de consentimiento adjunta y envíelo al hospital. (Es posible responder al hospital mediante un método distinto a la carta de consentimiento, como por teléfono, pero incluso en ese caso, deberá presentar la carta de consentimiento en una fecha posterior).
4. Si no está de acuerdo con esta renovación, asegúrese de manifestar su disconformidad al hospital por teléfono.
5. Si no desea manifestar su conformidad ni disconformidad con esta renovación, notifique al hospital por teléfono u otro medio para tal efecto.

Nombre del hospital:

Nombre del Administrador:

Nombre del médico designado:

Nombre del médico tratante (\*):

(\*) Indicar en el caso de que ya tenga un médico tratante aparte del médico designado, etc.