**Formulario 13**

Carta de consentimiento para familiares respecto a la renovación del   
período de hospitalización por protección médica

1. Paciente con enfermedad mental que es sujeto de dar consentimiento a la hospitalización por protección médica

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dirección | Código Postal | |
| Furigana |  | |
| Nombre y Apellido |  | |
| Fecha de nacimiento | dd/mm/aaaa |  |

2. Declaraciones del otorgante de consentimiento de la hospitalización por protección médica

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección | Código Postal | | | | Código Postal | | | |
| Furigana |  | | | |  | | | |
| Nombre y Apellido |  | | | |  | | | |
| Fecha de nacimiento | dd/mm/aaaa |  |  |  | dd/mm/aaaa |  |  |  |
| Relación con el paciente | | | | | | | | |
| 1 Cónyuge 2 Padres (Patria potestad: Sí / No) 3 Abuelo/a, etc. 4 Hijos, nietos, etc. 5 Hermanos/as  6 Tutor o Curador 7 Persona con obligación de manutención asignado por el Tribunal de Familia ( )  (Fecha de asignación (dd/mm/aaaa): / / )  Además, declaro que no aplico a ninguno de lo siguiente.  (1) Persona que ha entablado una demanda con el paciente, o cónyuge o familiar de sangre de la persona que ha entablado una demanda con el paciente, (2) Representante legal, curador o asistente destituido por el Tribunal de Familia, (3) Persona que abusa del paciente (violencia conyugal, maltrato infantil, maltrato de personas mayores, maltrato contra las personas con discapacidad), (4) Persona que no puede reconocer, juzgar y comunicar adecuadamente lo necesario para expresar adecuadamente su conformidad o disconformidad debido a una discapacidad en las funciones mentales, (5) Menor de edad | | | | | | | | |

\*Si ambos padres tienen la patria potestad, como regla general, se debe completar el formulario con la firma de ambos.

Acepto que los datos escritos arriba son ciertos y doy mi consentimiento para hospitalizar a la persona mencionada en el punto 1 en su hospital.

Sr. Administrador del Hospital

Fecha (dd/mm/aaaa): / /

( Nombre del otorgante de consentimiento )

(Nombre del otorgante de consentimiento (En caso de que ambos padres tengan la patria potestad))