**Formulario 14**

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.

Como resultado del examen realizado por un médico designado de salud mental, se ha determinado que Usted necesita permanecer hospitalizado por las siguientes razones y propósitos, y tas las deliberaciones en el Comité de Apoyo al Alta de Pacientes de Hospitalización por Protección Médica se renovó su período de hospitalización por protección médica.

Su hospitalización es una hospitalización por protección médica de conformidad con el [☐① párrafo 1, ☐② párrafo 2] del Artículo 33 de la Ley. El período de su hospitalización tras la renovación es hasta el (dd/mm/aaaa): / / , de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo 6 del Artículo 33 de la Ley.

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

1. Como resultado del examen médico, se ha determinado que Usted padece la siguiente afección:

① Alucinaciones 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.).

⑥ Delirio 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 ( )

1. Se requirió que Usted 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

[Sobre la vida durante la hospitalización]

1. Durante su hospitalización, podrá 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.
2. Durante su hospitalización, no se restringirán las llamadas telefónicas ni entrevistas con los funcionarios de organizaciones gubernamentales que protejan 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.
3. Durante su hospitalización, podemos restringir sus comportamientos si es absolutamente necesario para su tratamiento.
4. En cuanto a su período de hospitalización, comprobaremos periódicamente la necesidad de hospitalización.
5. Si desea utilizar un seguro de cuidados a largo plazo o servicios de bienestar para personas con discapacidad, o si tiene la necesidad de hacerlo, comuníquese con el personal del hospital, como el Asesor del Entorno de Vida después del Alta, etc., ya que le presentaremos un lugar donde puede consultar sobre cuidados a largo plazo y bienestar para personas con discapacidad.
6. 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.
7. Si aun así no esté conforme con su hospitalización o su vida hospitalaria, usted o su familia pueden reclamar al Gobernador de la prefectura para que dé instrucciones para el alta o mejora del tratamiento hospitalario. Si desea obtener más información sobre esto, consúltelo con el personal del hospital, como el Asesor del Entorno de Vida después del Alta, etc., 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, también 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 designado o médico específico:

Nombre del médico tratante (\*):

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