**Formulario 21**

**Aviso sobre la determinación de la hospitalización involuntaria**

Fecha (dd/mm/aaaa): / /

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

Gobernador

[Sobre las razones de hospitalización]

Como resultado del examen médico realizado por un médico designado de salud mental, se ha determinado que usted padece [① Alucinaciones e ideas delirantes, ② Estado de agitación psicomotora, ③ Estupor, ④ Estado de esquizofrenia residual, etc., ⑤Depresión, ⑥Trastorno bipolar, ⑦Delirio, ⑧ Estado de enturbiamiento de la conciencia, ⑨Estado de demencia, ⑩ Otro ( )], y existe el riesgo de que se autolesione o dañe a otras personas, por lo que le notificamos que hemos considerado que necesitamos tomar medidas de hospitalización (hospitalización involuntaria/hospitalización involuntaria de emergencia) de conformidad con las [①disposiciones del Artículo 29 de la Ley de Salud Mental y Bienestar de Personas con Enfermedades Mentales, ② disposiciones del Artículo 29-2 de la Ley de Salud Mental y Bienestar de Personas con Enfermedades Mentales].

[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 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.
3. Durante su hospitalización, podemos restringir sus comportamientos si es absolutamente necesario para su tratamiento.
4. Dentro de los 7 días a partir de la fecha de hospitalización, se nombrará un Asesor del Entorno de Vida después del Alta como un personal que brindará la información, asesoramiento, asistencia, etc., necesarios, en respuesta a consultas suyas y de su familia.
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. 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 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)

Continua en el reverso

 [En caso de no estar conforme con su hospitalización o su vida hospitalaria]

1. Si no está 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, o comuníquese al siguiente contacto.

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

1. Si no está conforme con esta disposición administrativa, usted puede interponer el recurso de revisión ante el Ministro de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de esta disposición (incluso si es dentro de los tres meses a partir del día en que tuvo conocimiento de esta disposición, ya no podrá interponer el recurso de revisión si ha transcurrido un año desde el día siguiente al de esta disposición).
2. La demanda para la revocación de esta disposición administrativa puede presentarse dentro de los seis meses a partir del día siguiente de recibir la notificación de esta disposición, siendo el Gobierno de la prefectura la parte demandada (la persona que representa al Gobierno de la prefectura en la demanda es el Gobernador de la prefectura) (Incluso si es dentro de los 6 meses a partir del día siguiente de recibir la notificación de esta disposición, ya no será posible interponer la demanda para la revocación de esta disposición administrativa si ha transcurrido un año desde el día siguiente a la fecha de esta disposición). Además, si interpone un recurso de revisión dentro de los tres meses siguientes al día siguiente de recibir la notificación de esta disposición, la demanda para la revocación de esta disposición podrá presentarse dentro de los seis meses contados a partir del día siguiente de recibida la resolución del recurso administrativo de revisión (Incluso si es dentro de los seis meses a partir del día siguiente de recibir la notificación de esta disposición, ya no será posible interponer la demanda para la revocación de esta disposición administrativa si ha transcurrido un año desde el día siguiente a la fecha de esta disposición).