**Anexo Formulario 1**

**Aviso sobre la celebración del Comité de Apoyo al Alta de Pacientes de Hospitalización por Protección Médica**

Sr./Sra.

Fecha (dd/mm/aaaa): / /

1. Dado que su período de hospitalización es hasta el (dd/mm/aaaa): / / , se celebrará la sesión del Comité de Apoyo al Alta de Pacientes de Hospitalización por Protección Médica (en adelante, “Comité”), en relación con el artículo 33, párrafo 6, inciso 2 de la Ley de Salud Mental y Bienestar de Personas con Enfermedades Mentales, el (dd/mm/aaaa): / / en .

2. En el Comité se deliberará los siguientes puntos:

① La necesidad de renovar el período de hospitalización y la razón de la misma.

②En caso de ser necesario la renovación del período de hospitalización, el período de hospitalización tras la renovación y las medidas específicas para el alta durante ese período.

3. Al Comité asistirán el Médico tratante, Personal de enfermería, Asesor del Entorno de Vida después del Alta y otras personas involucradas en su tratamiento médico, así como usted mismo puede participar. Si desea asistir, comunique al Asesor del Entorno de Vida después del Alta que está a cargo de usted. Incluso si no asiste, le informaremos de los resultados de las deliberaciones del Comité.

4. Además, puede solicitar a que estén presentes en la sesión del Comité: (1) su familia, (2) si cuenta con un tutor o curador, el tutor o curador, (3) empresa de asistencia local a la cual consulta sobre la vida después del alta y aquellos involucrados en su área de residencia, como la clínica a la cual consultaba antes de ser hospitalizado. Si desea solicitar la presencia de las mismas en la sesión del Comité, comunique al Asesor del Entorno de Vida después del Alta. Sin embargo, incluso luego realizar la solicitud, es posible que no pueda asistir debido a circunstancias como tener inconvenientes, etc. En ese caso, a las personas que no pudieron asistir se les informará sobre los resultados, después de la deliberación.

5. Si tiene alguna duda, consulte al Asesor del Entorno de Vida después del Alta que está a cargo de usted.

Hospital:

Nombre del Administrador:

Nombre del Asesor del Entorno de Vida después del Alta: