**Anexo Formulario 2**

Registro del Comité de Apoyo al Alta de Pacientes de Hospitalización por Protección Médica

Fecha de celebración del Comité (dd/mm/aaaa): / /

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido del paciente |  | | | | | Fecha de nacimiento | | | | | (dd/mm/aaaa) | | | |  |  | |  | | |  | | |
| Nombre y Apellido del Asesor del Entorno de Vida después del Alta |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Período actual de hospitalización | Del | | /  (dd) | | /  (mm) | | | | (aaaa) | | al | /  (dd) | | /  (mm) | | | | | (aaaa) | | |  | |
| Asistencia | | Médico tratante ( )  Personal de enfermería ( )  Asesor del Entorno de Vida después del Alta ( )  El paciente mismo (Presente / Ausente),  familia, etc. ( (Relación) )  Otro ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opiniones del paciente mismo y su familia, etc. | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・Si es necesario o no renovar el período de hospitalización y la razón de la misma  ・Medidas específicas para el alta hospitalaria | |  | |  | | | | Sí | | | • | No | | | No |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Período de hospitalización tras la renovación.  \*El período es de 3 meses o menos, hasta que hayan transcurrido 6 meses desde la hospitalización; y de 6 meses o menos, después de que hayan transcurrido 6 meses. | | Hasta | |  | | | /  (dd) | | | /  (mm) | | | (aaaa) |  | | |  | | |  | | | |
| Otros | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[Firma del Administrador del hospital: ]

[Firma del registrador: ]