**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: ]