

患者氏名 :
患者ID :

Español/スペイン語

Solicitud de internación hospitalaria (Juramento escrito) /入院申込書 (兼誓約書)

Al Director del centro hospitalario/病院長, _____
(Nombre del centro hospitalario/病院名)

Prometo que al ser internado en su centro hospitalario respetaré las reglas internas del centro, incluyendo los puntos escritos debajo. En caso de que realice alguna acción que infrinja los reglamentos, o en caso de que se considere que he molestado a otros pacientes, obedeceré las indicaciones del centro y saldré inmediatamente del mismo. Prometo que no molestaré en el centro hospitalario de ninguna manera y, para que conste, pongo mi firma junto con la del solicitante y la de mi garante “Mimoto Hoshonin” y la de mi confiador “Rentai Hoshonin”.

/貴院に入院するに際して、下記を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。

万が一、各種規則に違反、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い、即時退院することを了承致します。その他、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を申込者、身元保証人、連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

記

- 1 En relación a los costos de la internación hospitalaria y a otros gastos, la persona internada, el solicitante o el confiador “Rentai Hoshonin” pagará el importe total sin que venza la fecha preestablecida.
/入院料その他の諸費用については、入院者、申込者又は連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。
- 2 En cuanto al paciente, el garante “Mimoto Hoshonin” se hará cargo del paciente en su totalidad.
/本人の身元については、身元保証人において一切引き受けを致します。
- 3 En caso de que el centro hospitalario dé de alta al paciente o indique que el paciente debe salir del centro, el garante “Mimoto Hoshonin” deberá hacerse responsable del paciente el día preestablecido para su salida del centro.
/退院を指示された場合は、指定の期日に身元保証人の責任において引き取ります。
- 4 Antes de que venza la fecha preestablecida, presentaré los documentos y certificados que me indique el centro hospitalario.
/貴院から指示された書類・証明書等は、指定の期日までに提出いたします。

以上

患者氏名 :
患者ID :

*En caso que la persona internada y el solicitante sean la misma persona, no será necesario escribir nada en el espacio reservado para el solicitante.
/入院者と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です。

Solicitante/申込者			
Nombre y Apellido /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Femenino/女
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) /生年月日	Año/年 Mes/月 Día/日 (años/歳)	Relación con el paciente /患者との関係	
Dirección /住所			
Número de teléfono (domiciliario) /電話 (自宅)		Número de teléfono (móvil) /電話 (携帯)	
Nombre del lugar de trabajo /勤務先名		Número de teléfono del trabajo /電話 (勤務先)	

Sello o firma/押印又は署名 :

Fecha/日付 : _____

Paciente/入院者			
Nombre y Apellido /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Femenino/女
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) /生年月日	Año/年 Mes/月 Día/日 (años/歳)		
Dirección /住所			
Número de teléfono (domiciliario) /電話 (自宅)		Número de teléfono (móvil) /電話 (携帯)	
Nombre del lugar de trabajo /勤務先名		Número de teléfono del trabajo /電話 (勤務先)	

Sello o firma/押印又は署名 :

Fecha/日付 : _____

患者氏名 :

患者ID :

Español/スペイン語

A quién avisar en caso de urgencia durante la internación/入院中の緊急連絡先			
Nombre y Apellido /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Femenino/女
Idioma japonés /日本語	<input type="checkbox"/> Puedo hablar /できる <input type="checkbox"/> No puedo/できない (idioma/言語)	Relación con el paciente /患者との関係	
Número de teléfono (domiciliario) /電話 (自宅)		Número de teléfono (móvil) /電話 (携帯)	
Nombre del lugar de trabajo /勤務先名		Número de teléfono del trabajo /電話 (勤務先)	

El garante "Mimoto Hoshonin" es quien asegura la identidad del internado.

/身元保証人とは、入院者本人の身元を保証する人です。

Garante "Mimoto Hoshonin"/身元保証人			
Nombre y Apellido /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Femenino/女
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) /生年月日	Año /年 Mes /月 Día /日 (Años/歳)	Relación con el paciente /患者との関係	
Dirección /住所			
Número de teléfono (domiciliario) /電話 (自宅)		Número de teléfono (móvil) /電話 (携帯)	
Nombre del lugar de trabajo /勤務先名		Número de teléfono del trabajo /電話 (勤務先)	

Sello o firma/押印又は署名 :

Fecha/日付 : _____

患者氏名 :
患者ID :

Español/スペイン語

El cofiador “Rentai Hoshonin” deberá asumir la responsabilidad en caso de que la persona internada no pueda cumplir con las obligaciones o no pueda pagar los gastos. Tiene la obligación de pagar como su representante.

/連帯保証人は、入院者本人が債務履行能力不能の場合責任を負う立場であり、入院者が費用を支払えないなどの、責任を負えない場合には代理で支払う義務を負います。

Cofiador “Rentai Hoshonin”/連帯保証人			
Nombre y Apellido /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Femenino/女
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) /生年月日	Año /年 Mes /月 Día /日 (Años/歳)	Relación con el paciente /患者との関係	
Dirección /住所			
Número de teléfono (domiciliario) /電話 (自宅)		Número de teléfono (móvil) /電話 (携帯)	
Nombre del lugar de trabajo /勤務先名		Número de teléfono del trabajo /電話 (勤務先)	

Yo (cofiador “Rentai Hoshonin”) prometo que me haré cargo de las responsabilidades como garante solidario en caso de que no se paguen en la fecha preestablecida, o se paguen solo parcialmente, los costos de la internación hospitalaria y demás gastos.

/私 (連帯保証人) は、入院料、その他の諸費用の全部又は一部が指定の期日までに未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。

Sello o firma/押印又は署名 :

Fecha/日付 : _____

*Procesamos los datos personales conforme a la normativa del hospital.

/患者さんの個人情報については院内の規定に基づき対応させていただきます。