

Notificación de continuación de la internación

入院継続に際してのお知らせ

Sr./Sra. _____ (殿)

- 1 Aunque solicitó su alta, en vista de los resultados del examen médico realizado por (especialista en salud mental designado/doctor determinado), hemos concluido que es necesario continuar con su internación, lo cual le notificamos (a las _____ horas _____ minutos a.m./p.m.), en base a la disposición del Artículo 21, Cláusula 7 de la Ley sobre Salud Mental y Bienestar de Pacientes Psiquiátricos.

あなたから退院の申し出がありました。が、(精神保健指定医・特定医師)の診察の結果、入院を継続する必要があると認めますので(午前・午後 時 分)、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第21条第7項の規定により、お知らせします。

- 2 Durante su internación puede enviar y recibir libremente cartas, tarjetas postales, etc. Sin embargo, si se sospecha que un sobre contiene algún objeto extraño, personal del hospital estará presente al momento de usted abrirlo y puede que dicho objeto pase a manos del hospital.

あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。

- 3 Durante su internación puede comunicarse libremente por teléfono o recibir visitas de personal de un cuerpo administrativo que proteja sus derechos humanos, del abogado que sea su representante, o del abogado que vaya a convertirse en su representante a solicitud suya, de sus familiares, etc.; sin embargo, dependiendo de su condición, las comunicaciones por teléfono o visitas de otras personas pueden verse limitadas temporalmente por indicación del doctor.

あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又はあなたのご家族等の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外のひととの電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。

- 4 Durante su internación sus acciones pueden verse limitadas en caso de ser necesario para su tratamiento.

あなたの入院中、治療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。

- 5 Si tiene alguna duda o se siente insatisfecho con respecto a cualquier asunto comuníquelo sin reservas al personal del hospital.

Si aún así se siente insatisfecho con su internación o con el trato que recibe, tanto usted como sus familiares, etc., pueden solicitar al gobernador de la prefectura que ordene su alta o el mejoramiento del trato por parte de hospital. Si desea conocer más detalles sobre este punto puede preguntar al personal del hospital o comunicarse con cualesquiera de los siguientes lugares.

もしもあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員に申し出て下さい。

それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせください。

1. Para quejas durante su internación

2-8-1 Nishishinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo C.P.163-8001

Agencia de Bienestar Social y Salud Pública de Tokio, División de Políticas Médicas,
Sección de Seguridad Médica (Ventanilla de consultas para los pacientes)

Tel. 03-5320-4435 (línea directa)

入院中の苦情に関すること。

郵便番号 163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番地1号

東京都福祉保健局医療政策部医療安全課 (患者の声相談窓口)

電話 03 (5320) 4435 (ダイヤルイン)

2. Sobre la solicitud de alta y/o de mejoramiento del trato de aislamiento/inmovilización,
etc. durante la internación.

2-1-7 Kamikitazawa, Setagaya-ku, Tokyo C.P.156-0057

Centro Integral de Salud Mental y Bienestar del Distrito Central de Tokio, Sección de
Relaciones Públicas y Apoyo (Junta de Inspección de Psiquiatría)

Tel. 03-3302-7891 (línea directa)

退院請求及び入院中の隔離・拘束等の処遇改善に関すること。

郵便番号 156-0057 東京都世田谷区上北沢二丁目1番地7号

東京都中部総合精神保健福祉センター 広報援助課 (精神医療審査会)

電話 03 (3302) 7891 (ダイヤルイン)

6 Por favor obedezca las políticas de tratamiento del hospital y concéntrese en su recuperación.

病院の治療方針に従って療養に専念してください。

Nombre del hospital:

Hospital Metropolitano Matsuzawa de Tokio

病 院 名

都立松沢病院

Nombre del administrador:

Masahiko Saito, Director del Hospital

管理者の氏名

院長 齋藤正彦

Nombre del especialista en salud

mental designado/doctor determinado: _____

指定医・特定医師の氏名

Nombre del doctor encargado: _____

主治医の氏名