

ספרדית

Estado de Israel
Ministerio de Salud
טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית

Derechos y Obligaciones de los Pacientes Internados en la Unidad de Psiquiatría

Según el Art. 35 (f) de la Ley de Tratamiento de Enfermos Mentales, 5751 – 1991

1. Antes de ser internado en el Hospital, usted será sometido a un examen médico, mental y físico.
2. Al momento de su admisión al Hospital, usted recibirá información general acerca del Hospital, su estado general y la necesidad de internación en su caso. Asimismo, se le proporcionará información y explicaciones acerca de sus derechos y obligaciones.
3. Su internación en el Hospital está supeditada a su consentimiento, a menos que usted haya sido traído al Hospital para su internación:
 - (1) Por orden judicial;
 - (2) Por orden de internación otorgada por el Psiquiatra Regional;
 - (3) Por orden del Director del Hospital, indicando la necesidad de su internación inmediata.
4. Al momento de su admisión al Hospital, usted deberá firmar un formulario de consentimiento para poder recibir tratamiento: En caso que usted se haya internado por su propia voluntad, usted recibirá tratamiento médico solamente bajo su consentimiento, a excepción de tratamientos de emergencia. Dicho consentimiento no incluye tratamientos especiales, en cuyo caso se le solicitará firmar un formulario de consentimiento por separado. En la medida que usted se niegue a recibir tratamiento médico, el Director del Hospital tendrá derecho de darle a usted el alta de internación.
5. Usted permanecerá internado en el Hospital hasta que su estado permita darle el alta de internación. En caso que usted se haya internado por su propia voluntad, usted tiene derecho a solicitar por escrito el alta de internación del Director del Hospital. El Director del Hospital deberá darle el alta de internación dentro de las 48 horas siguientes a la entrega de su solicitud, salvo que dentro de dicho plazo se haya recibido una orden contraria en su caso, indicando su permanencia bajo internación debido a su estado.
6. En caso que usted haya sido internado por orden de internación otorgada por el Psiquiatra Regional, usted tiene derecho de apelar dicha decisión ante la Junta Psiquiátrica Regional. Usted podrá presentar la solicitud de apelación por intermedio del Director del Hospital, del Psiquiatra Regional o del Director del Servicio de Salud Mental del Ministerio de Salud.
7. En caso que usted haya sido internado por orden judicial o por orden de internación otorgada por el Psiquiatra Regional, usted recibirá tratamiento médico, incluyendo tratamientos especiales, aún sin su consentimiento.
8. Usted no podrá ser transferido de la institución en la cual usted está internado, a otra institución psiquiátrica, sin su consentimiento. En la medida que usted se niegue a su derivación, no podrá ser transferido sino con el consentimiento del Psiquiatra Regional, y en casos especiales, del Director del Servicio de Salud Mental del Ministerio de Salud.
9. El objetivo principal de su internación es proporcionarle tratamiento médico profesional. Usted está en su derecho de recibir el tratamiento, cuidados médicos y asistencia de enfermería, y la alimentación y medicación que requiera su estado clínico, mental y físico, según las condiciones habituales del sistema de salud en Israel. Si usted no cuenta con los medios económicos suficientes, el Hospital le proporcionará una asignación, de acuerdo a lo acostumbrado en el Hospital.
10. Usted tiene derecho de conservar sus efectos personales en la medida de lo razonable y de vestir sus prendas personales, todo según su estado y bajo los términos habituales del Hospital.
11. Usted tiene derecho de mantenerse en contacto con sus familiares y amigos por teléfono y por correspondencia cerrada, así como de recibir visitas dentro de las horas de visita. Sus gastos de correo y teléfono correrán por su propia cuenta. Aún si su estado clínico no le permita mantenerse en contacto como descrito anteriormente, se le reservará a usted el derecho de enviar cartas

cerradas a su abogado, a su tutor, al Psiquiatra Regional, a la Junta Psiquiátrica y al Asesor Judicial del Gobierno.

12. Usted tendrá plena libertad de movimiento dentro de los límites del Hospital. Si su estado clínico no lo permite, su médico podrá ordenar la limitación de sus movimientos hasta que haya una mejora en su estado. Vacaciones fuera de los límites del Hospital se incluyen como parte del plan de tratamiento, y se le otorgarán en base al criterio del equipo profesional que se encuentra a su cargo.
13. Toda información que usted proporcione o que le sea proporcionada a usted, es estrictamente confidencial. El equipo que se encuentra a su cargo proporcionará información respecto a su caso, únicamente a instancias médicas autorizadas o por orden judicial. Cualquier otra instancia, como por ejemplo su familia, sus amigos u otras instituciones, recibirá información referente a su caso, sólo bajo su consentimiento, o, según su condición clínica, en base al criterio del equipo profesional que se encuentra a su cargo.
14. Usted tiene derecho a recibir información acerca de su estado. Dicha información se le proporcionará según el criterio del médico.
15. El ministerio de Salud se reserva el derecho de determinar la medida de su participación en el pago de los gastos de su internación, según la reglamentación de rigor en este aspecto.
16. Usted tiene derecho de conservar y administrar sus bienes, aún durante su internación, salvo que medie una orden escrita del Director, indicando que usted no es capaz de administrar sus asuntos personales. Usted tiene derecho de apelar dicha decisión ante la Junta Psiquiátrica.
17. El Hospital le permitirá mantener su fe, su cultura y sus costumbres.
18. Usted tiene el deber de ser considerado con su prójimo, de respetar al equipo profesional y a todas las personas que se encuentren en el Hospital. Usted deberá conservar y respetar la limpieza, la tranquilidad y la intimidad de los demás pacientes, y no causarles ningún tipo de daño, a ellos o a sus pertenencias.
19. El equipo profesional lo considera a usted parte activa en la planificación de su propio tratamiento y de las modificaciones que puedan requerirse en el mismo. El progreso del tratamiento depende en gran medida en el grado de cooperación que recibamos de su parte. El equipo profesional espera que usted tome parte activa en las diferentes actividades, tratamientos y planes destinados a su persona.

Certifico por el presente que se me ha explicado el contenido de este formulario:

Nombre del Paciente

Documento de Identidad

Firma del Paciente

Nombre del Miembro del Equipo que Explicó al Paciente el Contenido del Formulario

Firma del Miembro del Equipo

Fecha

Copia: Familia del Paciente
Archivo del Paciente

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

תאריך

חתימה

תפקיד בבית חולים

שם

154 b, Nueva Versión, Agosto de 1992

Nota: Este documento ha sido redactado en masculino, pero se refiere a hombres y mujeres por igual

Estado de Israel
Ministerio de Salud
הסכמה של מאושפז מרצון לקבלת טיפול מיוחד

Consentimiento de internación voluntaria y acuerdo de recibir tratamiento especial

(según el artículo 4.a de la Ley de Tratamiento de enfermos mentales, 1991)

1) Yo, el subscripto,

_____ ,
Apellido Nombre Nombre del Padre Documento de identidad

que estoy por internarme / estoy internado en el hospital psiquiátrico _____ ,

declaro por este intermedio y confirmo con mi firma al pie, que estoy de acuerdo con internarme en el hospital psiquiátrico, después de recibir explicaciones claras sobre mi estado de salud, sobre las condiciones de internación y sobre las posibilidades de tratamiento.

Estoy de acuerdo con que los médicos, el personal auxiliar y demás trabajadores, tanto los empleados por el hospital, como los que éste especialmente solicite, determinen y ejecuten las revisiones y los tratamientos necesarios para mi, según su juicio profesional y de acuerdo con las circunstancias.

Confirmando que no me han prometido que los tratamientos, revisiones y procedimientos médicos que me aplicarán en el hospital llevarán a algún resultado particular, y que sé y estoy de acuerdo con que los tratamientos en el hospital sean llevados a cabo por quien esté a cargo, según los métodos y normas existentes en la institución. Declaro de esta forma que no me aseguraron que los tratamientos sean efectuados total o parcialmente por una persona determinada en especial.

* 1) Nombre y firma del enfermo / o de su tutor:

Apellido	Nombre	Firma	Fecha
----------	--------	-------	-------

Domicilio

2) Nombre y firma de quien acompaña al enfermo a su internación:

Apellido	Nombre	Firma	Fecha
----------	--------	-------	-------

Parentesco

Domicilio

3) Confirmando a continuación que este formulario fue firmado en mi presencia:

Nombre Completo	Cargo	Firma	Fecha
-----------------	-------	-------	-------

* Por favor, tache lo que no corresponda.

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

תאריך	חתימה	תפקיד בבית חולים	שם
-------	-------	------------------	----

