|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Departamento | \* | Ala | \* | ID | \* |

Formulário de solicitação de internação

Eu compreendi perfeitamente a explicação do hospital sobre a internação e a solicito. Eu seguirei as normas do hospital e as instruções médicas. O fiador cuidará dos contatos de emergência, das consultas e transmitirá a vontade do paciente. O paciente arcará com as despesas sem demora e assim que instruído pelo hospital. O fiador e o paciente se comprometem cumprir a sua palavra.

 de de

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Paciente | Endereço atual | CEP: |
| Nome |  | Número de telefone:  |
| Data de nascimento |  de de ( anos ) |
| Ocupação/Empresa | Nome:Endereço: TEL: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fiador | Endereço atual | CEP: |
| Nome |  | Número de telefone: |
| Relação | Cônjuge・Pais・Filho・Irmão/Irmã・Neto(a)・Avós・Outros ( ) |

Nota: O fiador será o agente do paciente quando for difícil para nós entrar em contato e consultar o paciente em uma emergência, assim como no momento de receber alta ou expressar as intenções do paciente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fiador conjunto | Endereço atual | CEP: |
| Nome |  | Número de telefone: |
| Relação com o paciente |  |
| Ocupação/Empresa | Nome:Endereço: TEL: |
| Quantia máxima | 200.000 ienes (dentro de 3 meses a partir da data de internação) |

Nota: O fiador conjunto é uma pessoa que mora em separado do paciente e financeiramente independente dele. Ele garante a taxa de internação e outras despesas do paciente que estejam dentro da quantia máxima de garantia. Nós podemos entrar em contato para confirmar informações.

Diretor do Hospital da Cruz Vermelha de Azumino

* Não esqueça de ler os “Pedidos ao preencher” no verso.
* Após preencher o formulário, entregue-o imediatamente na recepção geral do 1° andar (8:30-17:00/dias de semana) ou no ambulatório de emergência do 1° andar após o expediente.
* Para mais informações fale com o “Setor de internação” na recepção geral do 1° andar das 8:30 às 17:00 nos dias de semana.

(Pedido ao preencher)

1. No momento de solicitação da internação, caso seja difícil obter o consentimento do paciente devido ao seu estado de saúde, nós obteremos o consenso do fiador (caso o paciente seja menor de idade, de um agente legal com autoridade parental).
2. O fiador cuidará do paciente no momento de alta ou de transferência, além de entrar em contato e consultar o paciente em emergências.
3. O fiador conjunto a ser escolhido deve ser uma pessoa independente financeiramente do paciente e que viva em uma residência diferente.
4. Em virtude da revisão do Código Civil em 1° de abril de 2020, a quantia máxima de garantia do fiador conjunto será definida. Em nosso hospital, a quantia máxima de garantia para internação por até 3 meses é de 200.000 ienes. Se o paciente permanecer internado por mais de 3 meses, a quantia máxima do fiador conjunto será novamente definida.
5. Se houver alterações nos itens preenchidos, envie imediatamente uma notificação.
6. Não preencha os campos com o símbolo (\*).

(Tratamento de informações pessoais)

As informações pessoais do paciente podem ser utilizadas para, por exemplo, colocar uma placa com o seu nome no quarto ou na cama do hospital e para atender um visitante que venha ao hospital. Em caso de não concordar, entre em contato conosco. Mesmo em caso de não concordar, os cuidados médicos prestados não serão diferentes de antes.

＜Contato＞

CEP: 399-8292

Nagano-ken, Azumino-shi, Toyoshina 5685

Hospital da Cruz Vermelha de Azumino

Responsável: Seção de Internação da Divisão de Assuntos Médicos

TEL:0263-72-3170

Horário: Segunda-Sexta (8:30-17:00)