　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Disposición Nº

④

Día Mes Año

Sr(a/ita)

Director del Centro de Salud Pública

**Aviso de hospitalización por recomendación del Centro de Salúd Pública**

Recibí la notificación de su hospitalización disposición Nº con fecha día

mes año .

Se le recomienda hospitalizarse bajo el párrafo 1 artículo 20 (el artículo 26 se aplica por analogía) de la Ley de prevención de enfermedades infecciosas y atención médica para pacientes con enfermedades infecciosas, en lo sucesivo denominado “Ley”.

Se le recomienda hospitalizarse de la siguiente manera.

Además, toda falta de cumplimiento a esta recomendación, se aplicarán las disposiciones del párrafo 2 artículo 20 (el artículo 26 y el párrafo 2 artículo 26, se aplican por analogía) de la Ley. que será considerada causa suficiente para recibir atención médica inmediata en forma de internación hospitalaria.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Institución médica asignada | |
|  | 1. Nombre 2. Dirección | |
| 2  3 | Período de hospitalización  A partir del día mes año hasta el día mes año  Motivo de la recomendación | |
|  | (1) | Necesidad de contener la expansión de la tuberculosis. |
|  | (2) | Confirmación de su estado de salud con síntomas de la tuberculosis. |
|  |  | |
| 4 | Otras medidas | |
|  | Tenga presente que usted puede solicitar el ser dado de alta conforme a los términos del párrafo 3 artículo 22, (el artículo 26 se aplica por analogía) de la Ley, siempre y cuando sea confirmado que su cuerpo no contiene patógenos del caso, o que todo síntoma del caso haya desaparecido, con lo cual la hospitalización llega a su fin, bajo el párrafo 1 artículo 22, (el artículo 26 se aplica por analogía) de la Ley. | |
|  | Tenga presente también que puede presentar una queja por escrito o en forma verbal en relación al trato recibido durante el transcurso de su hospitalización, bajo el párrafo 1 articulo 24 del 2, de la Ley. | |

Oficial a cargo