　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Disposición Nº

⑤

　　　　 Día Mes Año

Sr(a/ita)

Director del Centro de Salud Pública

**Prolongación del período de hospitalización (Aviso)**

Conforme a la disposición Nº con fecha día mes año se le avisó sobre la prolongación del período de hospitalización a recomendación del Centro de Salud Pública, bajo el párrafo 4 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 prolonga la hospitalización como se indica a continuación.

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Institución médica asignada |
|  | (1) Nombre  (2) Dirección |
| 2  3 | Prolongación de la hospitalización  A partir del día mes año hasta el día mes año  Motivo de la prolongación de la hospitalización |
|  | (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, y 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