

# Informaciones sobre la admisión hospitalaria

**HOSPITAL DE FUNCIONES ESPECÍFICAS**

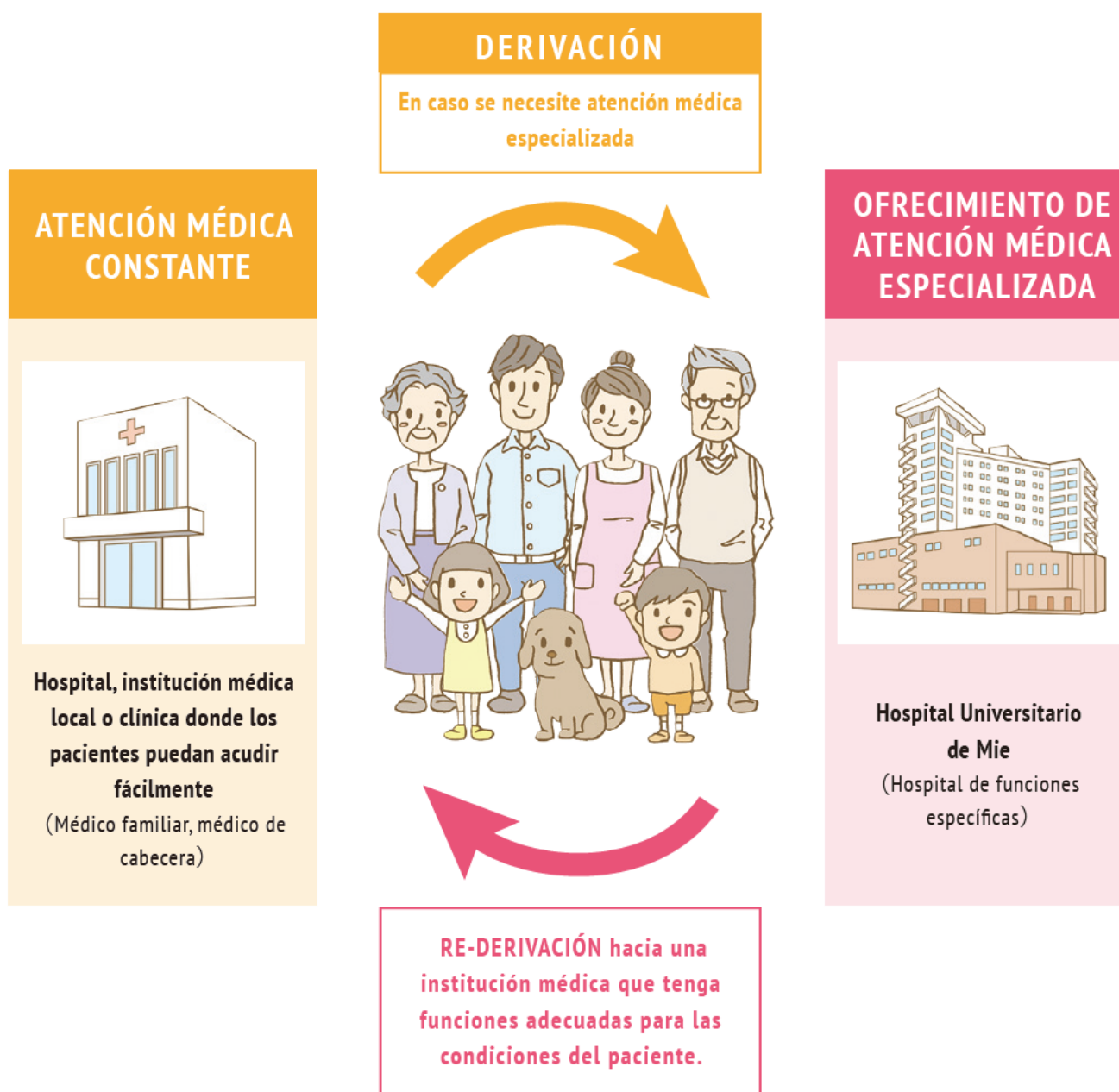
# RESPECTO A NUESTRO HOSPITAL DE FUNCIONES ESPECÍFICAS [特定機能病院として]

Como hospital de funciones específicas, nos responsabilizamos principalmente por las enfermedades agudas y asistencia médica avanzada.

Dependiendo de las condiciones del paciente, brindamos atención médica especializada bajo la derivación de otras instituciones médicas, como regla general.

Además, el paciente que ha sido estabilizado, después de obtener su consentimiento, será re-derivado a una institución médica que tenga funciones adecuadas para su condición. Gracias de antemano por su comprensión.

## NOS ESFORZAMOS POR COOPERAR Y MANTENER UNA CONEXIÓN FLUIDA CON INSTITUCIONES MÉDICAS LOCALES



# RESPECTO A LA VENTANILLA DE CONSULTA AL PACIENTE

[患者相談窓口について]

- Trabajamos en grupo, en diversas áreas y servicios para poder ayudar y apoyar, sobre las preocupaciones diarias o problemas que pudieran surgir debido a una enfermedad o lesión, están a su disposición.
- Coordinamos con instituciones médicas locales, en caso sea necesario.
- Para proteger la privacidad del paciente, el contenido de la consulta es confidencial.
- La consulta es totalmente gratuita, sientase libre de consultar.

## CONTENIDOS PRINCIPALES DE CONSULTAS

- Asuntos sobre la vida diaria tanto durante la hospitalización como después del alta
- Asuntos sobre bienestar médico, Sistema de Seguridad Social
- Asuntos sobre la seguridad médica
- Opiniones y peticiones relacionadas con los tratamientos y servicios médicos de nuestro hospital.
- Intérpretes médicos (Portugués y Español)
- Consulta de enfermedades incurables (difíciles de tratar)
- Asesoramiento psicológico del paciente y su familia
- Asesoramiento sobre el cáncer
- Asuntos relacionados para el buen equilibrio entre el tratamiento y trabajo

En el「Centro de apoyo para asesoramiento sobre el cáncer」puede consultar sobre temas de ansiedad y preocupaciones durante su recuperación, con la enfermera especializada en enfermería oncológica y asistente social.

<b>HORARIOS DE ATENCIÓN</b>	De 8h30 hasta las 17h en días hábiles ※Pregunte al personal médico por los días y horas fuera de horario de atención.
<b>LUGAR DE CONSULTA</b>	Centro de apoyo general, 1 <sup>er</sup> piso del pabellón ambulatorio
<b>RESPONSABLE</b>	Jefe del Centro de Apoyo General
<b>ENCARGADOS</b>	Enfermeras, Asistentes sociales, Psicólogos certificados, Intérpretes médicos, oficionistas

# PARA LAS PERSONAS QUE SE HOSPITALIZARÁN

[入院される方へ]

## ADMISIÓN HOSPITALARIA EN DÍAS HÁBILES (de lunes a viernes) [平日の場合]

### — Procedimiento del día de hospitalización —

Venga entre las 9 y 10 del dicho día.

Acerquese a la ventanilla No.3 del 1<sup>er</sup> piso del pabellón ambulatorio. Durante los trámites de hospitalización, le informaremos el piso del pabellón hospitalario al que debe subir.

### (1) TRÁMITES DE ADMISIÓN HOSPITALARIA

TRAER Y PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PREVIAMENTE RELLENADOS A LA VENTANILLA No.3 DEL 1<sup>er</sup> PISO DEL PABELLÓN AMBULATORIO:

Garantía de hospitalización  Tarjeta de seguro de salud  Tarjeta del hospital (ID)  Permiso de visitas

※SÓLO PARA QUIENES TIENEN:

- Certificado de Beneficiario para Personas Mayores (personas con más de 70 años)
- Certificado de Calificación de Recibo de Gastos Médicos de Bienestar
- Certificado de Beneficiario para Gastos Públicos
- Certificado de Límite de Gastos Médicos
- Resguardo de Administración de Monto Máximo para Pago Propio

### (2) VERIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS TRAÍDOS DE CASA

DESPUÉS DE TERMINAR EL TRÁMITE DE ADMISIÓN HOSPITALARIA DIRIJASE A LA VENTANILLA No.10, 1<sup>er</sup> PISO DEL PABELLÓN AMBULATORIO (RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS TRAÍDOS), INCLUSO NO ESTÉ TOMANDO ALGUNO ACTUALMENTE.

Si tiene algún medicamento que toma habitualmente, colóquelo en una bolsa con los siguientes artículos. El farmacéutico verificará.

- Medicamentos que está tomando o usando actualmente: medicamento de uso interno, inhalantes, supositorio, parche adhesivo, colirio...etc
- Libreta o hoja de instrucciones de medicamentos
- Alimentos funcionales y suplementos que toma de costumbre

La devolución de medicamentos y libreta de los mismos será en el pabellón hospitalario.

A veces, demora para su devolución.

Quédese con una dosis de medicamentos para tomar antes o después del almuerzo del día de admisión.

Sólo se permite usar medicamentos ordenados por el médico, durante su hospitalización. Asegúrese de presentar todo medicamento traído de casa.

También está prohibido el consumo de suplementos y alimentos funcionales. Consulte con el médico en caso desee usarlos.

### (3) SUBA AL PABELLÓN HOSPITALARIO POR EL ASCENSOR EXCLUSIVO PARA HOSPITALIZACIÓN (MÁS ALLÁ DE LAWSON)

## ADMISIÓN HOSPITALARIA EN FIN DE SEMANA Y FERIADOS [土・日・祝日の場合]

### — Procedimiento del día de hospitalización —

La entrada principal estará cerrada todo el día.

Parquear en el estacionamiento de consultas ambulatorias y dirigirse a la “entrada fuera de horario de atención”.

### (1) TRÁMITES DE ADMISIÓN HOSPITALARIA

TRAER Y PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PREVIAMENTE RELLENADOS A LA VENTANILLA FUERA DE HORARIO DE ATENCIÓN (SALA DE GUARDIAS),

Garantía de hospitalización  Tarjeta de seguro de salud  Tarjeta del hospital (ID)  Permiso de visitas

※SÓLO PARA QUIENES TIENEN:

- Certificado de Beneficiario para Personas Mayores (personas con más de 70 años)
- Certificado de Calificación de Recibo de Gastos Médicos de Bienestar
- Certificado de Beneficiario para Gastos Públicos
- Certificado de Límite de Gastos Médicos
- Resguardo de Administración de Monto Máximo para Pago Propio

LE INFORMAREMOS EL PISO DEL PABELLÓN HOSPITALARIO AL QUE DEBE SUBIR.

### (2) SUBIR AL PABELLÓN POR EL ASCENSOR EXCLUSIVO PARA HOSPITALIZACIÓN.

### (3) VERIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS TRAÍDOS DE CASA

Si está usando medicamentos regularmente, junte los siguientes artículos en una bolsa y entréguelos en la enfermería.

- Medicamentos que está tomando o usando actualmente: medicamento de uso interno, inhalantes, supositorio, parche adhesivo, colirio, etc.
- Libreta o hoja de instrucciones de medicamentos
- Alimentos funcionales y suplementos que toma de costumbre

Quédese con una dosis de medicamentos para tomar antes o después del almuerzo del día de admisión, ya que a veces, demora para su devolución.

El objetivo de la verificación de medicamentos que normalmente usa, es para poder utilizarlos con seguridad durante su hospitalización.

## SOBRE LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS [書類提出について]

Los documentos que no pudo presentar al hacer los trámites de hospitalización en la ventanilla fuera de horario de atención (sala de guardias), preséntelos en los días hábiles (lunes a viernes), en la ventanilla No.3 del 1<sup>er</sup> piso del pabellón ambulatorio.

# RESPECTO LA HOSPITALIZACIÓN

[入院生活について]

## 01 | ARTÍCULOS REQUERIDOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN

[入院に必要なもの]

- Artículos para higiene (pasta dentífrica y cepillo de dientes, jabón, champú y acondicionador, detergente para lavar ropas)
- Artículos para comer (palillos, cuchara, taza)
- Artículos de uso diario (pijama, ropa interior, toallas faciales y de baño, papel tisú)
- Zapatillas antiresbalantes (para evitar accidentes por resbalones y caídas, no use plantuflas o sandalias)
- Otros (Materiales para escribir, chaqueta de lana (algo para cubrirse), aparato auditivo, lentes, prótesis dentales, afeitadora, bolsa para la basura)

Para reducir el trabajo del paciente y su familia, ofrecemos servicio de alquiler a tarifa plana diaria (cargo separado) llamada CSset (Conjunto para cuidados de Apoyo). Este conjunto incluye los artículos necesarios para su admisión.

En la explicación de hospitalización en el Centro de Apoyo General, informaremos sobre el contenido, tarifa y forma de solicitar este conjunto. Las personas que piensen solicitar el CSset presenten el formulario en su piso de pabellón hospitalario.

※Los artículos de uso diario y pañales puede comprarlos en lawson o la tienda de suministros médicos ubicados en el 1er piso

## 02 | SOBRE LAS HABITACIONES HOSPITALARIAS [病室について]

### SOLICITUD DE HABITACIONES

- Aunque haya solicitado una habitación privada anticipadamente, depende de las condiciones médicas del paciente y disponibilidad del pabellón, puede que no sea correspondido en algunos casos.
- En ocasiones, quizás se requiera el traslado de pabellón al paciente que ha sido estabilizado, para permitir el internamiento de pacientes que necesitan tratamiento. En ese momento se lo explicaremos.

### SOBRE LAS HABITACIONES PRIVADAS

- Los cargos de las habitaciones privadas se cobrarán de acuerdo a los días, NO POR HORAS. Incluyendo el día de internamiento, de alta o días con permiso de salida temporal. Por ejemplo, en el caso de una noche y dos días, se cobrará por dos días.
- Los cargos de las habitaciones privadas no están cubiertos por el seguro.
- Las especificaciones de las habitaciones privadas son las siguientes que se muestran a continuación.

※Adquirir una tarjeta de televisión para el uso de la cómoda con TV y refrigerador.

HABITACIÓN PRIVADA A	Ducha y bañera, baño, cocina, sala, TV grande, horno microondas, refrigerador
HABITACIÓN PRIVADA B	Ducha, baño, horno microondas, cómoda con TV y refrigerador, guarda ropa
HABITACIÓN PRIVADA C	Ducha, baño, horno microondas, cómoda con TV, refrigerador, guarda ropa
HABITACIÓN PRIVADA D	Cómoda con TV y refrigerador, guarda ropa

### SOBRE LAS HABITACIONES COMPARTIDAS

- Los cargos de las habitaciones compartidas están cubiertos por el seguro (Sin cargo extra).
- La cómoda con TV y refrigerador está asignada para cada paciente, dispondrán un casillero en vez de un guarda ropa.

※Se necesita adquirir una tarjeta de televisión para el uso de la cómoda con TV y refrigerador.

## 03

## SOBRE LAS INSTALACIONES DE LOS PABELLONES HOSPITALARIOS DE 5<sup>to</sup> a 11<sup>vo</sup> PISO

[病棟5~11階の施設について]

	LUGAR	HORARIO DISPONIBLE
BAÑERA O DUCHA	Cada planta de pabellón	Confirmar en cada planta de pabellón
LAVADORA ※TRAIGA SU DETERGENTE	Cerca del comedor de cada piso	24 horas
SERVIDOR DE AGUA (TÉ Y AGUA)	Cómoda	
ÁREA DE TELÉFONO PÚBLICO	Cada planta de pabellón (cerca del ascensor)	
ENCHUFE DE CABLE LAN ※Traiga su propio cable LAN	Lugar de visita de cada planta, área de teléfono público	
MÁQUINA DE VENTA DE TARJETA DE TELEVISIÓN		
MÁQUINA EXPENDEDORA DE BEBIDAS		
ÁREA DE USO DE TELÉFONO CELULAR		

## 04

## SOBRE LAS COMIDAS [お食事について]

DESAYUNO	8 h	ALMUERZO	12 h	CENA	18 h
----------	-----	----------	------	------	------

- Las comidas son preparadas bajo las instrucciones del médico. Por favor, abstenerse de consumir otros alimentos y bebidas por su propia cuenta, ya que son obstáculo para el tratamiento.
- Puede escoger pan o arroz para el desayuno; informar a la enfermera el día de admisión. En ese caso, el costo adicional es de 170yenes por cada desayuno
- Disponemos de servicio de selección de almuerzo y cena para los pacientes que no están sometidos a dieta hospitalaria. (costo adicional de 170yenes) Preguntar en la enfermería de su piso para más informaciones.

### LISTA DE PROHIBICIONES

					
FUMAR	BEBER BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL	EL USO DE CÁMARA FOTOGRÁFICAS Y/O VIDEO	PUBLICAR EN LAS REDES SOCIALES	POSEER ARTÍCULOS PUNZO CORTANTES Y/O INFLAMABLES (QUE PRODUZCAN FUEGO)	TRAER MASCOTAS

- Lo mismo se aplica a los familiares y visitantes.
- Basado en la Ley de Promoción de Salud, está prohibido fumar tanto alrededor del sitio hospitalar como dentro de las instalaciones.
- Prohibido fumar cigarro electrónico o cualquier tipo de cigarro.
- Prohibido traer bebidas que contengan alcohol.

## 05 | SOBRE LOS ACCESORIOS DE CAMA [寝具について]

Los accesorios de cama lo proporciona el hospital. La frecuencia del cambio de sábanas depende de cada piso (generalmente es una vez a la semana), pero lo haremos cada vez que se ensucie.

## 06 | SOBRE LOS ACOMPAÑANTES [付き添いについて]

El acompañamiento básicamente no es necesario, excepto cuando lo solicite por razones especiales. En ese caso consulte en la enfermería.

## 07 | VISITAS [面会について]

- Rellenar el permiso de visitas y entregarlo en enfermería.
- Repartiremos el permiso de visitas en Información General los días hábiles de 14h a 17h. En la ventanilla Fuera de Horario de Atención los días hábiles de 17h a 19h, sábados, domingos y feriados de 14h a 19h.
- Por regla general, las visitas deberán ser en la sala de visitas de cada planta de pabellón.
- El día de la cirugía o durante el período de estado grave pueden visitar solo los familiares.
- Para evitar cualquier tipo de infecciones, no se permite la visita de niños menores de 12 años (escolar primaria) al área de hospitalización.
- No se permitirá la visita de personas que estén enfermos, resfriados u otras enfermedades infecciosas. Limitamos o prohibimos las visitas dependiendo el estado del paciente. Gracias por su comprensión.
- Por favor respetar el horario de visitas para contribuir con la recuperación y tratamiento del paciente.

**HORARIO DE VISITAS EN CADA PLANTA DE PABELLÓN**

De 14h a 19h

**CENTRO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y UCI Unidad de Cuidados Intensivos Generales**

De 14h a 15h / 18h a 19h

## 08 | SOBRE LA SALIDA TEMPORAL Y NOCHES FUERA DEL HOSPITAL [外出・外泊について]

Necesita el permiso de su médico tratante para una salida temporal o pasar noches fuera del hospital durante su internamiento.  
Consultar con su médico tratante o enfermera para su petición. Se necesita el comprobante de autorización.  
Por regla general, básicamente se permite una noche y dos días.

## 09 | SOBRE EL HORARIO DE APAGAR LAS LUCES [消灯時間について]

**LAS LUCES SE APAGAN a las 21h**

- Apague la televisión, radio, etc. Y descanse por favor.
- Por razones de seguridad, las luces debajo de la cama se encenderán mediante un sensor de movimiento humano.

## 10 | SOBRE EL HORARIO QUE SE MANTIENE CERRADA LA ENTRADA DEL PABELLÓN HOSPITALARIO [病棟入口の閉鎖時間について]

De 22h a 6h

- Para garantizar mayor seguridad se mantendrá cerrada toda la noche.
- Tocar el timbre en caso requiera ingresar al pabellón hospitalario en las horas indicadas arriba.

## 11 | ACERCA DEL USO DE CELULARES Y DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS [携帯電話・電子機器類の使用について]

- Los dispositivos electrónicos como teléfonos celulares, computadoras, tabletas, máquina de afeitar eléctrica...etc. deben ser administrados por el paciente mismo. También le pedimos consideración de no molestar a los demás pacientes cuando use dichos objetos.
- Activar el modo silencio del celular y evitar hablar por teléfono fuera de las áreas permitidas. (sala de visitas de cada piso, área de teléfono público) En las áreas prohibidas del uso de teléfono celular como el quirófano, sala de consultas, sala de exámenes...etc. deberá apagarlo.
- Está prohibido traer dispositivos electrónicos o electrodomésticos que no se mencionen arriba.

## 12 | HERRAMIENTAS ASISTENTES [補助具の取り扱い]

**DENTADURA POSTIZA**

- En ocasiones, requeriremos que se quite la dentadura postiza para los exámenes o cirugía. Asegúrese de guardarlas en su recipiente con agua para no perderlas.
- En caso de que no pueda usar por un tiempo la dentadura postiza ya sea por cirugía o debido al tratamiento, pediremos a sus familiares llevársela a casa. Tenga cuidado, si la envuelve en un papel tisú hay riesgo de tirarla al tacho de basura accidentalmente, o de que se reseque.
- El hospital no se hace responsable por la pérdida de la dentadura postiza.

**APARATOS AUDITIVOS O LENTES**

- Por favor usted mismo hágase responsable de cuidar y guardar sus lentes y aparatos auditivos.
- El hospital no se hace responsable por la pérdida.

### OBJETOS DE VALOR Y DE PROPIEDAD PERSONAL DEL PACIENTE

Para evitar la pérdida o robo de pertenencias puede utilizar la caja fuerte pequeña del hospital, que está incluida en la cómoda.

Por favor abstenerse de traer dinero en efectivo u objetos de valor.  
Dichos objetos básicamente, deben ser administrados por el paciente o la familia, incluyendo la llave de la caja fuerte.  
Rogamos entender que el hospital no se hace responsable por la pérdida o robo de pertenencias.

Necesitamos su comprensión y cooperación para poder ayudarlo a llevar una vida de internamiento confortable y segura.  
Por favor, después de la hospitalización, consultar en su pabellón hospitalario para más detalles.

## 13 | ACERCA DE LAS INSTALACIONES HOSPITALARIAS

[院内施設について]

NOMBRE	LUGAR	DÍAS HÁBILES	SABADOS	DOMINGOS Y FERIADOS
RESTAURANTE	12 <sup>vo</sup> piso del pabellón hospitalario	De 8h30 a 20h30 (Incluyendo los feriados)		De 8h30 a 14h
BIBLIOTECA PARA LOS PACIENTES	6 <sup>to</sup> piso del pabellón hospitalario	De 9h a 17h	Cerrado	
TIENDA DE SUMINISTROS MÉDICOS	1 <sup>er</sup> piso del pabellón hospitalario	De 8h30 a 17h		
PELUQUERIA		De 8h30 a 16h30		Cerrado
SALÓN DE BELLEZA		De 9h a 17h	De 9h a 16h30	
ÁREA DE DESCANSO Y RELAJACIÓN		24h		
MÁQUINA DE LIQUIDACIÓN DE TARJETA DE TV				1 <sup>er</sup> piso del Pabellón hospitalario Frente del ascensor
ALQUILER DE CAMAS Y FRAZADAS (PARA LOS ACOMPAÑANTES)	1 <sup>er</sup> piso del pabellón hospitalario Recepción de la tienda de suministros médicos	De 8h30 a 17h	Cerrado	
OFICINA DE CORREO	A la mano derecha saliendo de la puerta principal del hospital	De 9h a 17h (Ventanilla hasta las 16h)	De 9h a 17h	
CAJERO AUTOMÁTICO DEL CORREO		De 9h a 17h30		
CAJEROS AUTOMÁTICOS DE BANCOS <i>Hyagu go ginko</i> <i>Daisan ginko</i> <i>Mie ginko</i>	1 <sup>er</sup> piso del pabellón ambulatorio	De 7h a 21h		
Lawson		De 7h a 22h (Cerrado durante las fiestas de fin de año, año nuevo y día de mantenimiento)		
Doutor coffee		De 7h30 a 19h	De 8h a 17h	
FREE Wi-Fi GRATUITO	1 <sup>er</sup> ~3 <sup>er</sup> piso del pabellón ambulatorio	24h		
OFICINA DE ORGANIZACIÓN DEL ESTACIONAMIENTO	A la mano derecha saliendo de la puerta principal del hospital	De 7h30 a 19h30		

## SOBRE LA SEGURIDAD MÉDICA

[医療安全について]

Consideramos al paciente y sus familiares como miembros del equipo médico, por lo tanto solicitamos su cooperación con las medidas de prevención de accidentes, prevención de infecciones nosocomiales, prevención de úlceras por presión (escaras) y prevención de caídas.

### 01 | SOBRE LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS [リストバンドについて]

Todos los pacientes internados utilizarán las pulseras. Las enfermeras o el personal administrativo le colocarán la pulsera, después de su confirmación junto a sus familiares.

### 02 | GARANTÍA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE [患者さんの安全確認]

Verificamos regularmente la seguridad del paciente. Por favor avisar a las enfermeras en caso salga del pabellón hospitalario.

### 03 | PREVENCIÓN PARA EVITAR LA EQUÍVOCACIÓN DEL PACIENTE [患者さん取り違い防止]

Siempre verificamos verbalmente, preguntando al paciente por sus nombres y apellidos, fecha de nacimiento antes de cada intervención quirúrgica, exámenes, análisis de sangre, radiografía, infusión de suero, transfusión sanguínea...etc También, cotejamos los nombres en la pulsera identificativa con equipos médicos.

### 04 | PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (INTROHOSPITALARIO) [院内感染予防]

- A los pacientes y visitas les pedimos por favor utilizar el alcohol desinfectante de secado rápido ubicado en la entrada del pabellón hospitalario o de la habitación para desinfectar sus manos y dedos.
- Aquellos con síntomas respiratorios (tos•estornudo) apliquen la 'etiqueta de tos' [CUBRIENDOSE LA BOCA Y NARIZ CON UN PAÑUELO O PAPEL TISSUE, y volteándose a un lado donde no hayan personas. Si no tiene pañuelo o tisú, deberá toser o estornudar sobre su MANGA, con el propósito de no contaminar sus manos. Utilizar máscara (tapabocas)] Puede comprarlas en la tienda de suministros médicos dentro del hospital.

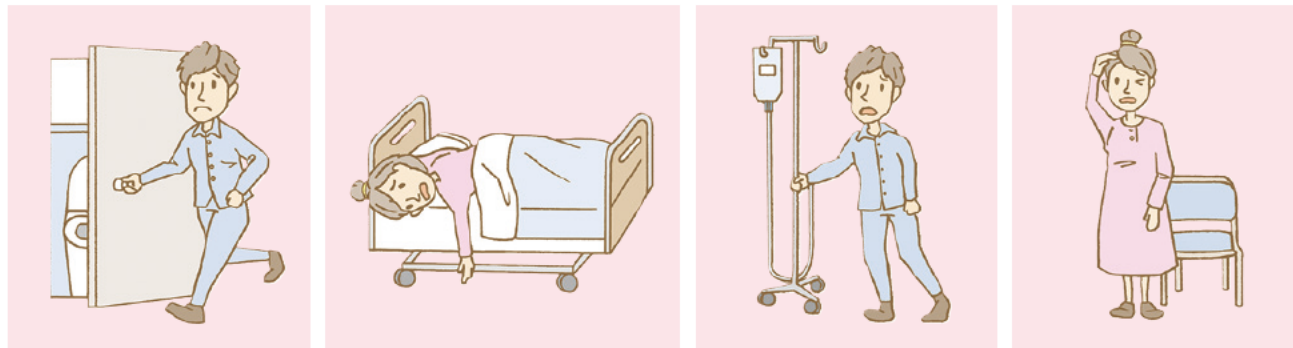
### 05 | PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) [褥瘡予防]

El reposo en cama prolongado durante su estadía hospitalaria puede dificultar el movimiento libre de su cuerpo. En tal caso, su médico o enfermera le explicarán sobre la prevención de úlcera por presión. Cambiaremos periódicamente la posición del paciente encamado o el tipo de colchón para su prevención.

## 06 | PREVENCIÓN DE CAÍDAS [転倒予防について]

Debido a los cambios en el entorno de vida durante su internamiento, es más probable que ocurra accidentes de caída que de costumbre.

Rogamos su cooperación con las medidas de prevención para evitar las caídas.



Quando acuda al baño

Quando trate de recoger algo que se haya caído

Al apoyarse en el soporte de suero

Quando siente mareos al ponerse de pie

## 07 | SOBRE EL CALZADO DURANTE EL INTERNAMIENTO [入院中の履き物について]

Son seguros los calzados a su medida (del tamaño adecuado), que no resbale.

CALZADOS RECOMENDADOS EN NUESTRO MEDIO		Zapatos sin pasadores		Calzado que no resbale
	CALZADO QUE PROVOCA CAÍDAS		Pantuflas	
		Sandalias tipo Crocs		

※Por favor, absténgase del uso de pantuflas, sandalias en general y sandalias tipo crocs ya que son resbalozas y se salen fácilmente.

## 08 | EN CASO DE EMERGENCIA [非常時について]

- En caso de emergencia siga las instrucciones de los médicos/enfermeras y actúen con calma.
- La salida de emergencia está situada en el sur, norte y centro de cada planta. Por favor, no use el ascensor en absoluto.

# LOS PACIENTES QUE SON DADOS DE ALTA [退院される方へ]

## 01 | SOBRE EL HORARIO DE LA ALTA HOSPITALARIA [退院の時間について]

Por regla general, debe de ser entre las 9h30~10h. El horario varia en caso de traslado de hospital.

## 02 | OBJETOS PERDIDOS [退院後の私物の取り扱い]

Los objetos que se encuentran en la comoda, mini ropero o refrigerador, después de ser dado de alta, los consideramos como objetos innecesarios y seran deshechados después de 3 meses. Tenga cuidado de no olvidar sus pertenencias personales.

## 03 | SOBRE EL PAGO [お支払いについて]

Se entregará la factura en el pabellón ambulatorio a los pacientes que seran dados de alta. En caso de que no se pueda emitir la factura, pediremos rellenar el [Compromiso de pago] y posteriormente enviaremos la factura por correo. Por razones de retraso en el proceso de la factura en ocasiones, requeriremos de un monto adicional después de ser dado de alta.

## 04 | LUGAR DONDE PAGAR [お支払いの場所]

Dentro del horario de atención en días hábiles (8h30~17h): En el No.8, cajero automático de gastos médicos, ubicado en el 1er piso del pabellón hospitalario o la ventanilla No.6  
Aparte de lo mencionado anteriormente: Ventanilla Fuera de Horario de Atención

Para las formas de pago, vea la página de lista de tarifas.  
El recibo no se puede reemitir, por lo tanto guardelo en un lugar seguro.

# ACERCA DE LA LISTA DE TARIFAS

[各種料金について]

## 01 | HABITACIONES [部屋]

TIPO DE HABITACIONES	HABITACIÓN PRIVADA [A]	HABITACIÓN PRIVADA [B]	HABITACIÓN PRIVADA [C]	HABITACIÓN PRIVADA [D]	HABITACIONES COMPARTIDAS	
ÁREA (m <sup>2</sup> )	38.2m <sup>2</sup>	20m <sup>2</sup>	17m <sup>2</sup>	18m <sup>2</sup>	35~47m <sup>2</sup>	
COSTO DIARIO DE LA HABITACIÓN (Sin impuestos)	22,000 yenes	12,000 yenes	10,000 yenes	8,000 yenes	0 yenes	
EQUIPAMIENTO	DUCHA Y BAÑERA	○	-	-	-	-
	DUCHA	○	○	○	-	-
	BAÑO	○	○	○	-	-
	COCINA	○	-	-	-	-
	HORNO MICROONDAS	○	○	○	-	-
	REFRIGERADOR	○	○	○	○	○
	TV	○	○	○	○	○
	SALA	○	-	-	-	-
	COMODA	-	○	○	○	○
GUARDA ROPA	-	○	○	○	-	

## 02 | CS SET (Servicio de alquiler a tarifa plana diaria) [CSセット]

PLAN BÁSICO	PLAN CON PAÑAL INCLUIDO
450 yenes (Sin impuesto) × días de contrato	460 yenes (Sin impuesto) × días de contrato

※El costo del CSset no está incluido en la tarifa de internamiento, la compañía ERAN será la que cobre aparte. (Ventanilla de consulta TEL 0120-325-856)

※El plan con pañal incluido lo tiene que solicitar junto con el plan básico.

## 03 | ESTACIONAMIENTO [駐車場]

TIEMPO DE USO	DESDE LA ENTRADA HASTA LAS 24 horas	A PARTIR DE LAS 24 horas
PRECIO (CARGO)	100yenes por hora (Precio máximo 800yenes)	Tarifas del día anterior + Tarifas del día actual

※La tarifa de estacionamiento es gratuita si sale en menos de 30 mins.

## 04 | COMIDAS [食事]

COMIDA NORMAL (por cada comida)	COMIDA SELECTIVA (por cada comida)
460 yenes	+ 170yenes

## 05 | CERTIFICADO MÉDICO · OTROS CERTIFICADOS

[診断書・証明書]

NOMBRE	TARIFA (Sin impuesto)
CERTIFICADO MÉDICO SIMPLE <i>Futsu shindansho</i> (Formulario del hospital)	2000 yenes
CERTIFICADO MÉDICO PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS <i>seimei hoken shindansho</i>	6000 yenes
DATOS PERSONALES DE ENFERMEDADES DESIGNADAS INTRATABLES <i>shitei nanbyo rinsho chousa kojin hyo</i>	3500 yenes
OPINIÓN ESCRITA SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS INFANTILES IDENTIFICADAS <i>shouni mansei tokutei shippai iryo ikensho</i>	3500 yenes
OPINIÓN ESCRITA · CERTIFICADO MÉDICO DE DISCAPACIDAD <i>shintai shougai sha shindansho, ikensho</i>	3500 yenes
CERTIFICADO MÉDICO DE PENSIÓN DE INCAPACIDAD <i>shougai nenkin shindansho</i>	4000 yenes

※Solicitar en la ventanilla No.5 del 1<sup>er</sup> piso del pabellón ambulatorio.

※Presente la tarjeta del hospital y su identificación (tomaremos copia) para verificar su identidad. Si el solicitante no es la propia persona, también se requiere una Carta de Poder además de lo mencionado anteriormente.

※Requerimos de 4 a 5 semanas para la redacción de documentos (finalizar el proceso) luego de su solicitud.

※Para otros documentos requerimos la tarifa establecida en el Hospital Universitario de Mie.

## 06 | SOBRE EL SISTEMA DE GASTOS MÉDICOS ALTOS

[高額療養費制度]

ES UN SISTEMA EN EL QUE A TRAVÉS DE UNA DECLARACIÓN SE PUEDE SOLICITAR EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS MENSUALES, CUANDO SOBREPASA LA CANTIDAD LÍMITE DETERMINADA.

※Si solicita de antemano al proveedor de seguros de salud el Certificado de Límite de Gastos Médicos [*Gendogaku ninteisho*] y lo presenta al hospital, sólo tendrán que pagar hasta una cantidad mensual determinada.

※Aplicarlo mensualmente (desde el 1<sup>er</sup> hasta el fin de mes).

※No incluye los gastos por habitación privada, pijama del hospital, la comida y los gastos propios (como el tratamiento de medicina avanzada, que no cubre por el Seguro de Salud).

※La cantidad mensual determinada varía dependiendo de la edad y renta (ingresos).

### Lugar de solicitud e Información de contactos

- Asociación de Seguros de Salud : La sucursal que figura en la tarjeta del seguro de salud
- Seguro de Asociación de Ayuda Mutua : Personal a cargo de la gestión laboral
- Seguro Nacional de Salud : Ventanilla municipal

## 07 | FORMA DE PAGO [支払方法]

EFFECTIVO · TARJETA DE DÉBITO · TARJETA DE CRÉDITO

※Para otros tipos de pago, consultar en cada planta del pabellón hospitalario o departamento de contabilidad  
TEL: 059-231-5076 (Línea directa) 8h30~17h (sólo los días hábiles).



# ASUNTOS QUE NOS GUSTARÍA CONFIRMAR

[ご確認させていただきたいこと]

Para los pacientes que se hospitalizarán y sus familiares.

(Sin embargo, no va dirigido a pacientes menores de 18 años y hospitalizadas en el pabellón hospitalario de maternidad)

**Director del Hospital Universitario de Mie**

Como primera prioridad, ponemos énfasis en la reintegración social y la rehabilitación del paciente. Pero al mismo tiempo, para proteger sus derechos y los de su familia, confirmamos su pensamiento sobre el transplante de atención médica.

Por favor agregue un ○ al número correspondiente de los siguientes elementos y entreguelo al personal del pabellón hospitalario.

Agradecemos su comprensión y colaboración.

(1) ¿El paciente mismo tiene el deseo y porta una tarjeta de indicación de donación de órganos para el banco de riñón y córnea?

1. Tengo                      2. No tengo                      3. No lo sé

(2) ¿Está indicada la intención de donación de órganos del paciente mismo en la licencia de conducir (Brevete), seguro de salud o sistema de registro de intención de donación de órganos?

1. Sí                      2. No                      3. No lo sé

(3) ¿Alguna vez se ha hablado de la donación de órganos dentro de la familia? (incluyendo al paciente)

1. Sí                      2. No                      3. No lo sé

(4) ¿Desearía escuchar al coordinador sobre la donación de órganos, según la situación?

1. Sí, desearía                      2. No, desearía                      3. No lo sé

Nombre del paciente 患者氏名 \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que rellenó el formulario \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(Relación o parentesco con el paciente) 記入者

Fecha de presentación del formulario \_\_\_\_\_ año 年                      mes 月                      día 日

※Este formulario es dirigido a todos los pacientes que se internarán y a sus familiares.

※La presentación de este formulario es opcional y no tendrán desventaja por no presentarlo.

※Comprobaremos los contenidos según la situación.

※Es posible que después de resumir los resultados lo publiquemos, pero su información personal está protegida y nunca será revelada.

※Si tuviera alguna pregunta, consulte al personal en el pabellón hospitalario.

# PERMISO DE VISITAS

面会確認表

No. de ID (identificación) (No. de tarjeta del hospital)			
Pabellón	piso	Norte 北 / Sur 南	
Fecha estimada de hospitalización	año 年	mes 月	día 日

## Para los pacientes hospitalizados

Con el fin de proteger la privacidad del paciente, preguntamos con anticipación sobre la necesidad de limitación de las visitas durante su hospitalización.

Orientación a los visitantes. (Marcar un ○ donde corresponde)

<input type="checkbox"/>	Pueden pasar 案内してよい
<input type="checkbox"/>	No pueden pasar 案内しないで欲しい
<input type="checkbox"/>	No pueden pasar, ni saber que estoy internado 案内しないで欲しいし、入院していることも伝えなくて欲しい

※En caso de emergencia podemos publicar su nombre o podría ser llamado por los altavoces dentro del hospital, incluso haya presentando las restricciones de visita.

Nombre del paciente 患者氏名

---

Nombre del tutor

Escribir sólo en caso de que el paciente sea menor de edad

---

Día de confirmación (Escribirá el personal hospitalario)

año 年

mes 月

día 日

---

Para proteger la privacidad, en principio, no brindamos por teléfono ningún tipo de información sobre admisiones del paciente. Incluso a familiares y parientes.

Por lo tanto, si necesita comunicarse con ellos (por teléfono), asegúrese de informarles con anticipación sobre el piso y el área de especialización en que esté hospitalizado.

# GARANTÍA DE HOSPITALIZACIÓN

入院保証書

No. de ID (identificación) (No. de tarjeta del hospital)			
Pabellón	Piso	Norte 北 / Sur 南	
Fecha estimada de hospitalización	Año 年	Mes 月	Día 日

Dirigido al Señor Director de Corporación Universitaria Nacional  
Hospital Universitario de Mie:

Cumpliremos estrictamente las reglas e instrucciones de su hospital y nunca le causaremos inconvenientes al hospital para el pago de los gastos personales de los pacientes y los gastos de hospitalización relacionados con la responsabilidad conjunta de los pacientes y sus garantes.

El siguiente aval garante garantizará hasta la cantidad máxima de 500,000 yenes.

Paciente 患者	Dirección			No. Telf.	(Dom.) — —
				(Cel.) — —	
	Nombre	Fecha de Nacimiento		año mes día	M. • F.
	Ocupación (Lugar de trabajo)			Telf. (trabajo)	— —
Nota (2) Contactos de emergencia 緊急連絡先	Dirección			No. Telf.	(Dom.) — —
				(Cel.) — —	
	Nombre	Fecha de Nacimiento		año mes día	M. • F.
	Ocupación (Lugar de trabajo)	Telf. (trabajo)	— —	Relación o parentesco con el paciente	del paciente
Nota (3) Aval Garante 連帯保証人	Dirección			No. Telf.	(Dom.) — —
				(Cel.) — —	
	Nombre	Fecha de Nacimiento		año mes día	M. • F.
	Ocupación (Lugar de trabajo)	Telf. (trabajo)	— —	Relación o parentesco con el paciente	del paciente

Notas

- (1) Asegúrese de escribir los nombres y apellidos tal como están el registro familiar.
- (2) Asegúrese de escribir información del contacto de emergencia.
- (3) El aval Garante debe ser un adulto con solvencia, vida independiente y con dirección diferente al paciente.
- (4) Por favor traiga esta garantía en el día de la admisión.
- (5) Si hay un cambio en el contenido, asegúrese de comunicarlo en la recepción, ventanilla No. 3 de la sala de pacientes ambulatorios.

# Questionario de preguntas prehospitalarias (No. de tarjeta del hospital : )

Especialidad :

Nombre :

Este formulario sirve para comprender la condición física del paciente y determinar la posibilidad de poder realizar cirugía o tratamiento.

Rellene los datos con la mayor precisión posible, con el fin de proteger la seguridad del paciente propio.

1. ¿Ha tenido contacto cercano con personas infectadas con el nuevo coronavirus?

No

Si \*Por favor marque en la derecha  Convivo con una persona infectada

Larga conversación dentro de 2 metros en un automóvil o avión

He cuidado a una persona infectada, sin usar máscara

2. ¿Ha viajado al extranjero o a una área endémica de coronavirus dentro de 2 semanas anteriores?

No

Si Dentro de Japón : Nombre de la prefectura y ciudad ( )

Extranjero : Nombre del país ( )

3. Ha asistido a lugares donde tuvieron personas infectadas como...conciertos, clubes deportivos, casa de reposo, asilo, festivales, cruceros etc. dentro de 2 semanas anteriores?

No

Si Lugar ( )

Medirse la temperatura todos los días durante 2 semanas antes de su admisión.  
La hoja de control de temperatura está en la parte posterior.



# Hoja de control de temperatura

Medirse la temperatura todos los días durante 2 semanas antes de la admisión.

Si tiene fiebre, tos o dificultades respiratorias... asegúrese de consultar a su médico de cabecera antes de la admisión. No vaya a lugares con alta aglomeración de personas, pues el riesgo de contagio es alto 14 días antes de la admisión.

スペイン語



Días	T °C	Marque si tiene los siguientes síntomas:
14 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
13 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
12 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
11 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
10 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
9 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
8 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto

Días	T °C	Marque si tiene los siguientes síntomas:
7 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
6 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
5 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
4 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
3 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
2 días antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto
1 día antes de la admisión		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Fatiga extrema <input type="checkbox"/> Pérdida reciente del olfato o el gusto