		HOSPITALIZACIÓN	
FR - HOIN - 04		Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	Página 1 de 3

Yo Maria Hargoth Osorio Henao mayor de edad,
 identificado con C.C. N° 42980690 de la ciudad de Medellín, en calidad
 de responsable del paciente Jhony Efrén Maza Osorio
 identificado con C.C. N° 1036933035 de Pionegro Ant, por medio del
 presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención al
 paciente, teniendo en cuenta que se me ha informado:


INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan le informarán oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como de los tratamientos que se lleven a cabo dentro de esta unidad hospitalaria.

BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le administrarán medicamentos que de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo todos los fármacos administrados por cualquier vía pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, éstos van desde los más leves como ligera inquietud hasta somnolencia, sedación, insomnio, temblor, rigidez muscular, mareo, cefalea, constipación, etc. Mismos que serán debidamente atendidos para su solución. Durante su hospitalización recibirá atención por un grupo de profesionales, psiquiatra, psicólogo(a), trabajador social, terapeuta ocupacional, médico general y personal de enfermería, cada uno intervendrá de acuerdo a las necesidades particulares de su enfermedad o trastorno, los procedimientos específicos que usted necesite le serán previamente informados para su realización. En el eventual caso en que los profesionales asistenciales detecten otra enfermedad independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otra institución de salud para ser tratado. Si se llegara a presentar un episodio de agitación o agresividad derivada de su enfermedad o trastorno, un equipo de enfermeros capacitados para tales eventos procederán bajo indicaciones médicas a salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de contención física (Inmovilización) por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el médico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado o continuar.

La contención mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, como para otros pacientes y profesionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica.

Durante la inmovilización se pueden presentar situaciones inseguras que pueden llevar a laceración, fracturas, broncoaspiración, entre otras.

Se dio a conocer el manual de convivencia para pacientes, familia y/o cuidadores durante la espera en el proceso de hospitalización en el cual se informa horario de visitas, horarios de alimentación, qué elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudará en el proceso terapéutico del paciente.

	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	Página 2 de 3

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativa, traslado que se realizará por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted proporcione de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizará todos los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquellos casos en los que previamente y por escrito autoridades superiores lo soliciten a la dirección de la clínica.

Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede desistir en el caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del paciente.

Al firmar este documento doy constancia de que se me han informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se me ha dado la oportunidad de plantear las preguntas pertinentes de manera abierta y han sido resueltas de manera clara y satisfactoria. De la misma manera declaro que entiendo que la medicina no es una ciencia exacta, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:


Firma del Paciente:	Nombre del Paciente:
CC. o Huella:	
<u>Dr. Jaqueline Osorio</u>	<u>Maria Margoth Osorio Henao</u>
Firma del Testigo o Responsable del Paciente	Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

<u>42980690</u>	<u>Madre</u>
CC. o Huella:	Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del médico.	Firma y sello
Cc	Registro profesional

	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	Página 3 de 3

DISENTIMIENTO

Después de haber recibido la información, de haber preguntado decido no hospitalizar a

Jhony E. Maro O. ^{yo} identificada con CC 42980690
 con CC 1036933035

Conozco y me fueron explicados los riesgos de no aceptar la hospitalización y asumo la responsabilidad de llevarme a mi familiar.

Jhony E. Maro O.

Firma del Paciente:

CC. o Huella: 1036933035

Dr. Jacopth Osorio S.
 Nombre del Paciente familiar
madre

Dr. Jacopth Osorio S.
 Firma del Testigo o Responsable del Paciente

CC 42980690
 Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:

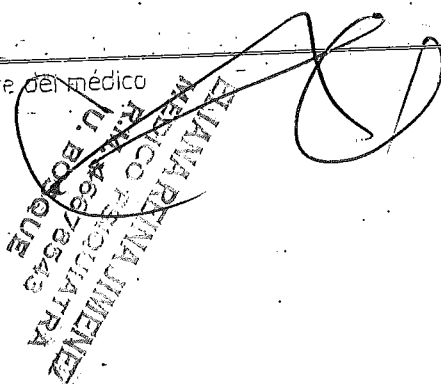
Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 03 días del mes de 02 del año 12

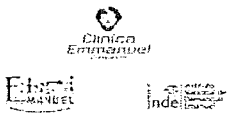
Nombre del médico
 CC.

Firma y sello
 Registro profesional


 MEXICO
 DR. JUAN JIMENEZ
 U. BOBQUE
 46676546

(1)

(

	CONSTANCIA DEL PACIENTE SOBRE LA TERMINACIÓN MEDICO-PACIENTE Y ACTA DE EGRESO VOLUNTARIO		
	RF- HOIN - 003	Original: 02/02/2016 Actualización: 30/12/2016	Versión: 01 Página 1 de 1

NOMBRE DEL PACIENTE	Jhony E. Maza
FECHA	3 Febrero 2017
EDAD	28

YO Jhony E. Maza O.

Identificado/a con CC 1036933035 en calidad de Paciente
de el/la paciente _____

Identificado/a con CC 1036933035

Hago constar

Primero Que en ejercicio de cuidador (a) y la libertad legal para prescindir de los servicios del médico tratante y equipo terapéutico, decidimos no continuar recibiendo por ahora la atención que la **CLINICA EMMANUEL** me ha venido prestando por conducto de sus médicos y equipo terapéutico.

Segundo Que se me ha informado claramente y ampliamente de los riesgos y complicaciones que pudieran llegar a presentarse por terminarse de esta manera la relación médico paciente, el cual impide el control, la vigilancia y el tratamiento asistencial prescrito para el caso. En especial el elevado riesgo de un nuevo episodio de autoagresión que pone en riesgo la integridad física del paciente.

Tercero Que por las razones anteriores, con plena explicación y conocimiento de los efectos de la decisión, **ASUMO LA PLENA RESPONSABILIDAD** de las consecuencias que implica el **RETIRO VOLUNTARIO DE LA CLINICA EMMANUEL**.

Firma del Paciente Jhony E. Maza O. cc. 1036933035
 Firma del Familiar Dr. Jaqueline Osorio H. cc. 42980690
 Firma del Especialista _____ RM. _____

ESPACIO PARA DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR

Los suscritos testigos declaramos que el paciente al que se refiere la constancia que antecede a pesar que la **CLÍNICA EMMANUEL** le hizo la advertencia en ella señalada **SE NEGÓ A FIRMAR**

Nombre del testigo: Dr. Hargoth Osorio Henao
 Firma del Testigo Dr. Jaqueline Osorio H. cc. 42.980690

