

SV: 149172 96.  
FC: 78  
F2  
Sat 02: 93.1.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO									
FECHA	HORA	HC	03 Noviembre de 2016						
12470 DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
TIPO DE DOCUMENTO	CC.	NUMERO DE DOCUMENTO	2884557	GENERO	M	F	X		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE			EDAD			
Villalobos	Suarez		Blanca Orfila			60			
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	TELEFONO					
08-02-1966	Molgar.	Casada	Hogar.	3187392855					
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION					
Cl 16H bis 103A 20	Fertilón	Boyota	Famisanor	Beneficiario					
PACIENTE REMITIDO	SI	X	NO	IPS REMITENTE	Calam Floresta				
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE									
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO			TELEFONO			
Diana Hernandez Villalobos		CC	1069724925			3143403224			
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION		BARRIO/CIUDAD				
Hija	Empleada	namito889@	hotmail.com		BOGOTA				
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO			TELEFONO			
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION		BARRIO/CIUDAD				
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA									
OTROS DIAGNOSTICOS:									
MEDICO TRATANTE									
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA									
MEDICAMENTO							CANTIDAD		
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE									
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE		CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO		FIRMA				





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2016-07-28

Página 1 de 3

Yo DIANA CRISTINA HERNANDEZ VILLALOBOS mayor de edad, identificado con C.C. N° 1069724925 de la ciudad de FUSAGASUGA, en calidad de responsable del paciente BIANCA OFFILIA VILLALOBOS SUAREZ, identificado con C.C. N° 28.845.547, de la ciudad de


\_\_\_\_\_, por medio del presente documento autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento y manejo integral del paciente y en caso de ser necesario, siempre en aras de la mejor atención posible, su traslado a la sede de la institución ubicada en el municipio de Facatativá (Cundinamarca). Teniendo en cuenta que se me ha informado:

**INFORMACIÓN:** Usted ha sido examinado por un médico psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento bajo hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. 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, estos 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, un psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un 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 otro centro 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 mecánica por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el médico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

### DERECHOS DEL PACIENTE:

- Calidad en la atención: Recibir la mejor atención disponible, con las mejores condiciones éticas y de calidad.

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN</b>		
<b>F-SM/CM-004</b>	<b>Versión: 00</b>	<b>Fecha de emisión: 2016-07-28</b>	<b>Página 2 de 3</b>

- **Comunicación Clara:** Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.
- **Respeto:** Respeto por mi privacidad, intimidad e información suministrada
- **Confidencialidad:** Tener acceso a mi historia clínica y a que ésta sea manejada en forma confidencial
- **No discriminación:** Ser respetado y no ser discriminado por mi enfermedad, mi origen cultural o social, mi creencia religiosa, ideologías o mi orientación sexual
- **Explicación de costos:** Recibir la información necesaria y suficiente respecto a los costos del tratamiento
- **Consentimiento informado:** No ser parte de ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin mi consentimiento informado.
- **Seguridad:** Tener las condiciones de seguridad y comodidad para el paciente
- **Redes Familiares:** A ser acompañado por familiares y/o amigos en los espacios y tiempos previstos para ello.
- Recibir el Manual de convivencia para pacientes, familiares y cuidadores.

#### DEBERES DEL PACIENTE:

- **Información:** Suministrar la información requerida sobre mi estado de salud, de manera clara, veraz, y completa
- **Autorización:** Firmar el consentimiento informado y autorización de los procedimientos que lo requieran.
- **Convivencia:** Conocer y cumplir las normas de la Institución y del servicio en el cual me encuentro hospitalizado
- **Respeto:** Brindar un trato amable y respetuoso al personal de la Clínica, a los demás pacientes, a los familiares y allegados
- **Cuidado de recursos:** Cuidar y hacer uso racional de los recursos, dotación, servicios e instalaciones de la Clínica
- **Autocuidado:** Cuidar mi salud e integridad física y tomar conciencia de la necesidad de mi tratamiento.
- **Responsabilidad Compartida:** Exigir el cumplimiento de mis derechos y de los demás pacientes
- **Cumplimiento al Tratamiento:** Seguir las recomendaciones del equipo terapéutico durante la hospitalización y al egreso cumplir el tratamiento ordenado
- **Veracidad:** Reportar todas las novedades en mis datos de identificación, teléfono, dirección, o entidad aseguradora.

#### 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.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2016-07-28

Página 3 de 3

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: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: Diana

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: DIANA CRISTINA HERNANDEZ VILLALOBOS

CC. o Huella: \_\_\_\_\_

1069729975

Relación con el paciente: HISA

El paciente no puede firmar por: \_\_\_\_\_

Se firma a los 03 días del mes de NOVIEMBRE del año 2016

