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

Yo, José Alberto Ortiz Bonilla mayor de  
 edad, identificado con C.C. N° 80436320 de la ciudad de  
Bogotá en calidad de responsable del  
 paciente Maria Verónica Cardona  
 identificado con C.C. N° 25221510 de la ciudad de

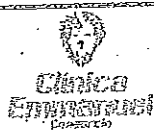
por medio del presente documento autorizo a la Clínica  
 Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento y manejo integral del paciente y en  
 caso de ser necesario, siempre en aras de la mejor atención posible, su traslado a la sede  
 de la institución ubicada en el municipio de Facatativá (Cundinamarca). 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>

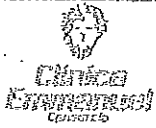
- **Comunicación Clara:** Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.
- **Respeto:** Respeto por mi privacidad, intimidad e información suministrada
- **Confidencialidad:** Tener acceso a mi 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.

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

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: X *María*

Nombre del Paciente: X *María Victoria Cardona*

CC. o Huella: X *25221510*

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: X *[Signature]*

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: X *Juan Alberto Ortiz B.*

CC. o Huella:

X *80.436320 Bte*

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

