

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

Yo Maria Ruth Fierro Javela mayor de edad,
identificado con C.C. No 52.270.060 de la ciudad de Bogotá, en calidad
de responsable del paciente Bryan Alexander Ramirez Fierro
identificado con C.C. No 1014276902 de Bogotá, 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, 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,
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.

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, 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.

Afirmar 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:

Moira Ruth Fierro Javela

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

52.290.060

Madre

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 02 días del mes de Marzo del año 2017

Nombre del médico:

Firma y sello

Cc:

Registro profesional