


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC	05 Noviembre de 2016	
15+29 . DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE				
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	65813.626	GENERO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	EDAD
Lopez	Espitia		Adriana Rocio	39
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	TELEFONO
12-08-1977	Libano	U. Libre	Aux. Servicios	321 419 8697
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION
Cra 1B 160B-31	San Cristobal Nte.	Bogota	Famisanar	Cotizante
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IPS REMITENTE	Fundación Bosque	
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE				
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
Rolan Eduardo Galvis	CC	80085993	3124523804	
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
Esposo	Chofer	rolanepalvis554@gmail.com		Bogota
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA				
Trastorno depresivo mayor, episodio Grave, intento de				
OTROS DIAGNOSTICOS:				
Suicidio, descartar violencia intrafamiliar				
MEDICO TRATANTE				
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA				
MEDICAMENTO				CANTIDAD
Sertralina tab 50mg				1/2 tab mañana
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

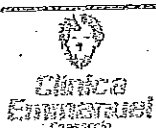
Yo A mayor de edad, identificado con C.C. N° _____ de la ciudad de _____ en calidad de responsable del paciente Adorno Rocio Lopez identificado con C.C. N° 65813626 de la ciudad de _____, por medio del presente documento autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento y manejo 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 medico 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.

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


- **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 encuentre 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 align="center">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: Adriana Rocío López Espino

Nombre del Paciente: Adriana Rocío López Espino

CC. o Huella: 65813626

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: Leidy Johanna López Espino

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: Leidy Johanna López Espino

CC. o Huella:

1109.292.648

Relación con el paciente: Hermana

El paciente no puede firmar por:

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

