

Versión: 00

Yo <i>Clarive</i> 7 edad, identificado			_	22 64	da	mayo	or de
Bogota paciente Cor	, en	calid	lad	de	respons		del del
identificado con Bogo ta	C.C. N°, por med	1014284	019		de la		
a cabo el proceso de informado:							

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 1 de 3

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 segundarios 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 técniça 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.
- 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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 1 de 3

- · 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.

DEBERES DEL PACIENTE:

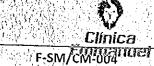
- Información: Suministrar la información requerida sobre mi estado de salud, de manera clara, veraz, y completa
- Firmar el consentimiento informado y autorización de los Autorización: procedimientos que lo requieran.
- Convivencia: Conocer y cumplir las normas de la Institución y del servicio en el 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

and the second of the second

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.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

20年日發動。			
F-SM/	CM-	004	<i>161</i>

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 1 de 3

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: Cambo Andres Rodriques Vagues
CC. o Huella: 1014284019
Firma del Testigo o Responsable del Paciente:
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: danvet Vorgas Comez.
CC. o. Huella:
41.757.407 Bto
Relación con el paciente: MADRE
El paciente no puede firmar por:
Se firma a los 28 días del mes de Noviembre del ciro 2016.

	사이 하나 소프로 생각을 하는 것이 되었다. 생각에 되었다면 보고 있는 것이 되었다. 그는 것이 되었다. 그는 것이 되었다. 그는 것이 되었다. 그는 것이 없는 것이 없는 것이 없는 것이 없는 것 - 보통 보통 전기를 보고 있다. 그런 그는 것이 없는 것이 되었다면 되었다. 그는 것이 되었다는 것이 되었다. 그는 것이 되었다면 보통 것이 되었다면 되었다.
	그는 사람들이 가득하는 지수가 하나 사람들이 가득하는 사람들이 되었다.
	사람이 살아보다 하면 하면 하는 것이 얼마를 가는 것이 없다.
	그는 이 경우를 가는 하고 하면 하고 있는 것은 사람들이 하는 것이 되었다. 하는 것이 없는 것이 없는 것이 없는 것이다.
	19 - 19 - 19 - 19 - 19 - 19 - 19 -
	그 사람이 하는 사람들은 경기가 휴지를 보고 함께 사람들이 가면 되었다.
	The second of th
그 그는 인경원학교 극복관계 중요기를	
그는 경제 학생님들을 하고 하면 사용을 사용하다.	
	经产品基础产品的 医内侧切除术 医切除 网络克利克克克克克克克
	중대한 프로토니 환경 중에 그 하는 것 같아. 아이들은 한 경우 등에 들었다. 나를 다 말했다.
	# : : : : : : : : : : : : : : : : : : :