

 <b>Clínica Emmanuel</b> F-SM/CM-004	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN</b>		
	Versión: 00	Fecha de emisión: 2015-12-09	Página 1 de 3

Yo Evelio Castellanos Acosta mayor de edad, identificado con C.C. N° 1100951770 de la ciudad de SAN Gil, en calidad de responsable del paciente Ana Eudora Acosta identificado con C.C. N° 28378602 de la ciudad de SAN Gil, 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 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.
- 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.



**Clínica**

**Emmanuel**

F-SM/CM-004

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

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
- **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.

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.



Clinica

F-SM/CM-004

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

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: \_\_\_\_\_

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

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: Eulio Castellanos

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: Eulio Castellanos

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

1100951770

Relación con el paciente: Hijo

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 25 días del mes de noviembre del año 2016

