TA = 12008/11/68 FC = 73 (79) Sat = 913.1.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO							
FECHA HORA		03	de DP	LiemE	ore de	201	6111
10+41	DATOS DE I		ION DEL PA	CIENTE		• .	
TIPO DE DOCUMENTO	C.C		DOCUMENTO	10697		GENERO 💮	M F X
PRIMER APELLIDO	S S S S	EGUNDO APE	LIDO.	14.7	NOMBRE	\$ 0 A C. 1	EDAD (
Bettran	Uas	dîllo_		Keis		Na	30
of events . • Annie of section (Albert Level Level Levels grants and Albert	GAR DE NACIMIENT	O ESTA	DO CIVIL	4-3-7 34-5 2-4-	PACIÓN	TELEF	s amout-gravity of
	uscopasos		ore			3124866	
DIRECCIÓN	BARRIO	034 034 835 A 545 A 545	JDAD	A control of the series of the	PS.	TIPO DE VIN	. n j n. j
UI 23 9 65	14 140	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	ત્રજ્ઞતેલ	Sant		Bene	4
PACIENTE REMITIDO SI	NO NO	1,00 4 (55.47) (4.0.50) (4.0.50)	MITENTE	Utni		<u>ιένι.</u> ΤΕ	
	RESPONSABLE					TELEF	ONO (NECES
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLE	A PI	DOCUMENTO	and are as a property of the second s	O DE DOCU	e married days to be a large and	A MARIO SHOOLD STONE ON BY	A 8 to 104 pilot (100 to 100 t
Sando Hamilia PARENTESCO	(&b)  (a) OCUPACION	CORRECTE	LECTRONICO		596.	301320 BARRIO/	
Λ Δ		- ROOKNEO,E	Lo Lo	275 367 237 (6)	4 65.	A	3 2 5 2 3 7 3 5 3 5 5 5 5 5
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLE	ecnologia.	DOCUMENTO		O DE DOCU		TELEP	1202
THE ROUGHLAND COMMITTEE		DOGUIL (110		O DE DOGG			Y 11 Y 3 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO E	LECTRONICO:	DIRE	CCION	BARRIO/C	UDAD
	त्रीक विकास स्थापना विकास है। इस इस विकास के क्षेत्र हैं कि इस इस है कि हैं -	88 (FE/FE/14/17/15/5)		100000 H 1000 A 1000	Commence of Assessment Commence	i destinata de la compansión de la compa	4 - T. C.
	DIAGN	OSTICOS D	E SIQUIATR	IA		AND SELECTION OF THE	two/Autor
toniono (	deposir	\	*************				
OTROS DIAGNOSTICOS:		<u>,                                     </u>					
	•	,	•				
MEDICO TRATANTE	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				, .		
75,5945 (374 b) 25,400 (375 ) (475 )	MEDICA	AMENTOS Q	UE ENTREC	βA († ≧ ∰	general de la compansión d La compansión de la compa		1018000
	MEDICAMENT	0			C	ANTIDAD	
							7
	•		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
<b>f</b> t .					ti.		
	r r	•			<b>*</b>	<b>*</b>	
HAB	ITOS Y/O CONDI	CIONES ES	PECIALES [	DEL PACIE	NTE		y.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
				}		•	
And the second s			e e e				
			. A Calleria de la calenda de la calenda	A The edge in the second	New State Control of the Control of	on su care o de la constanción de	Gina Ginasi
NOMBRE DEL PROFESIONAL NGRESA AL PACIENTAN	QUE	R(4(18)000000001	NUMERO D DOCUMENT	AMBRICA KARANTA		FIRMA	
JOHN PARITURES. 735	)						

# Clínica F-SM/cM-004

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

Versión: 00 Fecha de emisión: 2015-12-09 Página 1 de 3

YO SANDRA PATRICIA WOULDS WBILLDS	mayor de
	ciudad de
	ole del
paciente YUNANA BEITEAN CASTILLO	
identificado con C.C. Nº 1.069 713 825 de la	ciudad de
, por medio del presente autorizo a la Clínica Emma	ınuel a llevar
a cabo el proceso de tratamiento y atención al paciente, teniendo en cuenta o	jue 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 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 psiguiatra, 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.



## 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.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/cM-00411UE

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: Kersy Julius Betran Carlillo
CC. o Huella: 1'069.713.825. Tagga.
Firma del Testigo o Responsable del Paciente:
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: <u>SAHORA P CUBICC</u> S
CC. o Huella:
52.1012.5016
Relación con el paciente: <u>A (つの) された</u>
I paciente no puede firmar por:
• • • • • • • • • • • • • • • • • • •
e firma a los días del mes de del año

				•	
					Be to the
					•
	o.				
•					
	•				
			·		
		·	•		
•					