

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA: 03 diciembre de 2016 HORA: 18:00 HC:

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO: CC NUMERO DE DOCUMENTO: 51809227 GENERO: M F ☒ X

PRIMER APELLIDO: Moreno SEGUNDO APELLIDO: Bohorquez NOMBRE: Flor Elsa EDAD: 54.

FECHA DE NACIMIENTO: 30-04-1962 LUGAR DE NACIMIENTO: Garagoa ESTADO CIVIL: Soltera OCUPACION: Empleada TELEFONO: 3213773075

DIRECCION: Tru 1 # 68B 59s BARRIO: Santa Marta CIUDAD: Bogota EPS: Pamsana TIPO DE VINCULACION: Cotizante

PACIENTE REMITIDO: SI ☒ NO ☐ IPS REMITENTE: Floresta Catam.

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS: Estella Moreno Bohorquez TIPO DE DOCUMENTO: CC NUMERO DE DOCUMENTO: 52.202.148. TELEFONO: 7670198.

PARENTESCO: Hermana OCUPACION: Empleada CORREO ELECTRONICO: No DIRECCION: Tru 1 # 68B 59 BARRIO/CIUDAD: Bogota.

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS: TIPO DE DOCUMENTO: NUMERO DE DOCUMENTO: TELEFONO:

PARENTESCO: OCUPACION: CORREO ELECTRONICO: DIRECCION: BARRIO/CIUDAD:

DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

Trastorno depresivo recurrente

OTROS DIAGNOSTICOS:


MEDICO TRATANTE:

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD
Traxodena tab 50mg C/Noche.	

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA

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


Yo Stella Moreno Bohórquez mayor de edad, identificado con C.C. N° 52202148 de la ciudad de Bogotá en calidad de responsable del paciente Flor Elsa Moreno Bohórquez identificado con C.C. N° 51809227 de la ciudad de _____, 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 médico 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 Psiquiátrica	CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN		
	F-SM/CM-004	Versión: 00	Fecha de emisión: 2015-12-09

- **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:

Flore Elsa Moreno

Nombre del Paciente:

Flore Elsa Moreno B.

CC. o Huella:

51'809.227 Bogotá

Firma del Testigo o Responsable del Paciente:

Stella Moreno B.

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente:

Stella Moreno B.

CC. o Huella:

52'202.148

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 05 días del mes de Diciembre del año 2016.

