FR - HOIN - 04

Ongmail 21/09/2016 Ression. 01

Actualización: --/--/--- Página 1 de 3

To Columbia Dia Baraja mayor de edad, identificado con C.C. No x4.759.692 de la ciudad de Soyama O., en calidad de responsable del paciente x 71919 14. 7192 17 de Soyama O., 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 medico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. 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 farmacos administrados por cualquier via 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 recibira atención por un grupo de profesionales. psiquiatra, psicologo(a), trabajador social, terapeuta ocupacional, médico general y personal de enfermeda, 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 raalización...En el eventual caso en que los profesionales asistenciales detecten otra enfermedad independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otra institución 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 baio indicaciones médicas a salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de contención física (Inmovilización) por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el médico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado o continuar.

La contención mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, como para otros pacientes y profesionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica.

Durante la inmovilización se pueden presentar situaciones inseguras que pueden llevar a laceración, inacturas, broncoaspiración, entre otras.

Se dio a conocer el manual de convivencia para pacientes, familia y/o cuidadores durante la espera en el proceso de hospitalización en el cual se informa horario de visitas, horarios de alimentación, que elementos están permitidos ingresar y cuales no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudará en el proceso terapéutico del paciente.

Line Indian

FR - HOIN - 04

Original: 21/09/2016 .
Actualización: --/--/---

Versión: 01 Página 2 de 3

ación: -/--/--- Página 2 de 3

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativa, traslado que se realizará por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted proporcione de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizará todos los medios para salvaguardada. Con excepción de aquellos casos en los que previamente y por escrito autoridades superiores lo soliciten a la difección de la clínica.

Que este estun procédimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede desistir entel casó en que se tome la decisión, con el cohocatilanto de lo que esto queda implicar en la sarun de la padente.

- 40 firmat reste documento, dos constancia de que se me han informado y explicado los puntos, anteriormente estipulados, esi mismo que se mejha dado la oportunidad de plantear las preguntas perfunentes de manera abierta y han sido resueltas de manera ciara y satisfactoria. De la misma manera modelaro 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.

intervención o procedimiento que requiero comprome	
Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentin	niento para la realización del procedimiento y firmo
a continuación:	
	1//
19 hang Franz	1 pour
Entitie del-Paciente	Nombre del Paciente:
CC. o Huella: 57197-954	
Devendrus -	Eduardo Diaz
Firms del Testigo o Responsable del Paciente	Nombre del Testigo a Responsable del Paciente
	- Padre
- CC. o Huella	Relación con el paciente:
El paciente no puede firmar por:	
and the second of the second o	
Se firma a los 22 días del mes de 62.	oel año 2017.
SE HITTID 6 IUS GC DIES DEL ITICS DE	

Nombre del médico.

. Firma y sello

-- Registro profesional

Página 3 de 3

D	Ī	S	Ε	N	T:	1	1.	ΙΕ	M.	ĪΟ

Después de haber recibido la información, de haber	preguntado decido no hospitalizar a
	COLI CC
Conozco y me fueron explicados los riesgos de no de llevarme a mi familiar.	aceptar la hospitalización y asumo la responsabilidad
Firma del Pacienta: CC, o Huella:	Nombre del Faciente:
CC, UTIOEIE.	
Firma del Testigo o Responsable del Pagente	Nombre del Testigo o Responsable del Paciente
CC: o Huella: ,	
El paciente no puede firmar por:	
Se firma a los días del mes de	del año
Nombre del médico	Firma y sello Registro profesional