	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 01	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----	Versión: 01 Página 1 de 3

Yo Marielly Quintero N. mayor de edad,
 identificado con C.C. N° 38894882 de la ciudad de Davio (V)., en calidad
 de responsable del paciente Deissy Alejandra Sakamilo Quintero
 identificado con C.C. N° 1010114650 de Bogotá, 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, 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
 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,
 psiquiatra, psicólogo(a), trabajador social, terapeuta ocupacional, 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 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 bajo
 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,
 fracturas, 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, qué
 elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este
 reglamento sea respetado ya que ayudará en el proceso terapéutico del paciente.

  	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 01	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	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 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.

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:

Mariella Guintes - Marin

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

-Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

38.894882

CC. o Huella:

Madre

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

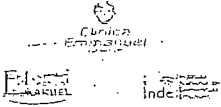
Se firma a los 27 días del mes de 03 del año 2017.

Nombre del médico

Cc

Firma y sello

Registro profesional

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION		
	FR - HOIN - 01	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----	Versión: 01 Página 3 de 3

DISENTIMIENTO

Después de haber recibido la información, de haber preguntado decido no hospitalizar a

DEISE ZARAMELLO GONZALEZ con cc TI 1010114650

Conozco y me fueron explicados los riesgos de no aceptar la hospitalización y asumo la responsabilidad de llevarme a mi familiar.

Firma del Paciente:

Nombre del Paciente:

CC. o Huella:

Marielly Gonzalez M.

Marielly Gonzalez

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

39894882

MAMA

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 27 días del mes de MAYO del año 2017

Catalina Lopez

Nombre del médico

CC. 1026276410

Catalina Lopez

Firma y sello

Registro profesional



Catalina Andrea Lopez Sepúlveda

Médica General

C.C. 1.026.276.410

