

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA 2 Dic 16 HORA 20:40 HC 1014230111

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO		Cédula		NUMERO DE DOCUMENTO		1014230111		GENERO		M	F	X
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE			EDAD			
Ruiz			Montealegre			Gustavo			25			
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		OCUPACIÓN		TELEFONO				
19 Octubre 1991		Manizales		Soltero		Empleado		3142881292				
DIRECCIÓN		BARRIO		CIUDAD		EPS		TIPO DE VINCULACION				
Calle 33 Sur No 50A-17		Santa Rita		Bogotá		Famisanar		Voluntario				
PACIENTE REMITIDO		SI		X		NO		IPS REMITENTE				
								Clinica Occidente				

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO	
Maria de los Angeles Vme		Cédula		28834621		3114691828	
PARENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION	
Abuela		Pensionada		No tiene		Calle 33 Sur No 50A-17 Santa Rita	
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO	
Mercedes Montealegre		Cédula				3212240669	
PARENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION	
Madre		Ama de casa				Sibaté	

DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

OTROS DIAGNOSTICOS:

MEDICO TRATANTE

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

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

10

100
100
100

.....

REPSUESTA POR EPS. EN QUEIN LLAMA LA ATENCION PARCE CURSAR CON ALUCINACION VISUAL SIN DETECTARSE OTROS SINTOMAS PSICOTICOS.
SE ESPERA RMEISION. RETSO CONTINUA IGUAL

FECHA 02/12/2016 15:54:03

MEDICO

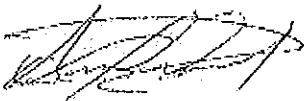
VILLABON RODRIGUEZ ANDRES EDUARDO

ANALISIS Y PLAN

NOTA TURNO

SERVICIO DE REFERENCIA INFORMA PAICNETE ACEPTADO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, NO INFORMAN CUAL, SE DECIDE GENERAR EPICRISIS
PARA ADELANTAR FACTURACION.

Alergico Pensilina.



VILLABON RODRIGUEZ ANDRES EDUARDO

1016009897

Profesional y Registro Profesioanl

Profesional y Registro Profesioanl

Nombre reporte : HCRPEpicrisis



Clínica

Emmanuel

F-SM/CM-004

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 1 de 3


Yo Gerencia de la Clínica Emmanuel mayor de edad, identificado con C.C. N° 28834621 de la ciudad de Bogotá en calidad de responsable del paciente Gustavo Ruiz Montoya identificado con C.C. N° 1014230101 de la ciudad 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 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 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:

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente:

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 02 días del mes de Diciembre del año 2016.

