			FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION		
Documento Controlado		Original: 21/12/2016		Versión: 01	
FR- HOIN - 01		Actualización: --/--/----		Página 1 de 3	

FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION

Yo Javier del Porcayo Porcayo mayor de edad, identificado con C.C. N° 41.738.170 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Alvaro Pizarro Jaramila identificado con C.C. N° 2.544.311 de Bogotá, por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuel Consorcio a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención al paciente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

INFORMACIÓN: Su familiar, amigo o acompañante, ha sido examinado por personal médico de la institución, 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. 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. Los que serán debidamente atendidos. Durante su hospitalización recibirá atención por parte del equipo terapéutico, el cual está en cabeza del médico psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un(a) terapeuta ocupacional, 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. De la misma manera podrá ser trasladado a nuestra sede de Facatativá para continuar con su tratamiento, cuando el psiquiatra tratante lo decida. 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.

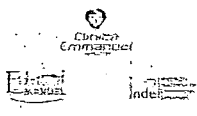
La contención mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, como para otros pacientes y profesionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje 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. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudará en el proceso terapéutico del paciente.

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativa, traslado que se realizará por parte de la institución.

CONFIDENCIALIDAD

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION	
	Documento Controlado	Original: 21/12/2016
	FR- HOIN - 01	Actualización: --/--/----
		Versión: 01
		Página 2 de 3

Toda la información que usted proporcione al equipo terapéutico, será tratada de forma confidencial y se utilizarán todos los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquellos casos en los que la ley contempla la entrega de la historia 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:

[Firma]
Firma del Testigo o Responsable del Paciente

[Firma]
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:

41.738.570 Bgk

[Firma]

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 14 días del mes de 01 del año 2017

Leonardo Payan

Nombre del médico

Cc

Firma y sello

Registro profesional

[Firma]
605411143
RM252509

DISENTIMIENTO

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

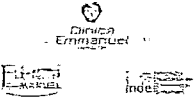
Con cc

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:

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION		
	Documento Controlado	Original: 21/12/2016	Versión: 01
	FR- HOIN - 01	Actualización: --/--/----	Página 3 de 3

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 _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del médico
CC.

Firma y sello
Registro profesional

