



TA = 100/63/75
SAT = 96
FC = 75

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA		HORA 09:05		HC																			
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE																							
TIPO DE DOCUMENTO				T.1				NUMERO DE DOCUMENTO				1001349732				GENERO		M		F		X	
PRIMER APELLIDO						SEGUNDO APELLIDO						NOMBRE						EDAD					
Cordoba						GIL						Karen Lorena						15					
FECHA DE NACIMIENTO				LUGAR DE NACIMIENTO				ESTADO CIVIL				OCUPACION				TELEFONO							
28/01/2001				Bogota				Soltera				Estudiante				312581771							
DIRECCION				BARRIO				CIUDAD				EPS				TIPO DE VINCULACION							
Calle 14 Sur # 100A-91				Bosa Recreo				Bogota				Famisanal				Beneficiario							
PACIENTE REMITIDO				SI				X				NO				IPS REMITENTE							
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE																							
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS						TIPO DE DOCUMENTO				NUMERO DE DOCUMENTO				TELEFONO									
Julia G. Cordoba						CC				52479887				312581771									
PARENTESCO				OCUPACION				CORREO ELECTRONICO				DIRECCION				BARRIO/CIUDAD							
Madre				hogar								Calle 14 Sur # 100A-91				Bosa Recreo							
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS						TIPO DE DOCUMENTO				NUMERO DE DOCUMENTO				TELEFONO									
PARENTESCO				OCUPACION				CORREO ELECTRONICO				DIRECCION				BARRIO/CIUDAD							
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA																							
Episodio Depresivo moderado Intento de suicidio																							
OTROS DIAGNOSTICOS:																							
MEDICO TRATANTE:																							
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA																							
MEDICAMENTO														CANTIDAD									
- fluoxetine jarabe														2.5 cc cada mañana									
- Difenhidramina														50 mg 0-0-1									
- Cefalexina tabl x														500 mg 1-1-1-1									
pendiente un cultivo de cultivos de para definir si es necesario cambio de antibiótico.																							
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE																							
																							
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE						CARGO				NUMERO DE DOCUMENTO				FIRMA									

Fe 85. FR 12
SP02 94 7/104/69

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


Yo Johany Gilcardona mayor de edad, identificado con C.C. N° 52479887 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Caren Lorena Cordoba Gil identificado con C.C. N° 1001349732 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 medico 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 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:

Caren Lorena Cordoba Gil

Nombre del Paciente:

Caren Lorena

CC. o Huella:

1001349732

Firma del Testigo o Responsable del Paciente:

Juaney Gil cordona

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente:

Juaney Gil

CC. o Huella:

52479887

Relación con el paciente:

Madre

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

