	CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN		
	F-SM/CM-004	Versión: 00	Fecha de emisión: 2016-07-28

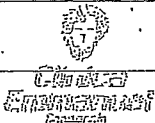
Yo, Ana Maria Severiche Urdin mayor de
 edad, identificado con C.C. N° 1018941167 de la ciudad de
Bogotá en calidad de responsable del
 paciente Osnayder Severiche Urdin
 identificado con C.C. N° 1023883193 de la ciudad de
Bogotá, por medio del presente documento autorizo a la Clínica
 Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento y manejo integral del paciente y en
 caso de ser necesario, siempre en aras de la mejor atención posible, su traslado a la sede
 de la institución ubicada en el municipio de Facatativá (Cundinamarca). 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.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN		
	F-SM/CM-004	Versión: 00	Fecha de emisión: 2016-07-28

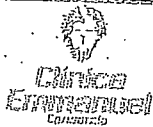
- **Comunicación Clara:** Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.
- **Respeto:** Respeto por mi privacidad, intimidad e información suministrada
- **Confidencialidad:** Tener acceso a mi 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.
- Recibir el Manual de convivencia para pacientes, familiares y cuidadores.

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.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2016-07-28

Página 3 de 3

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 del Testigo o Responsable del Paciente: Ana M. Severiche

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: Ana María Severiche

CC. o Huella: 1018441167

Relación con el paciente: Hermana

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 16 días del mes de Enero del año 2017