

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

04

FECHA	HORA	HC	12 Noviembre de 2016			
14 + 47 DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE						
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NUMERO DE DOCUMENTO	79.394.772	GENERO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD	
Bolivar	Hernandez		Raul		50.	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	TELEFONO		
05-02-1966	Bogota	Soltero	Empleado	3195694290		
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION		
Cra 4D 33-32	Paseo de la Perseverancia	Bogota	Sanitas	Cofazante		
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IPS REMITENTE	San Ignacio			
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE						
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO		
Maria del Carmen Hernandez		CC	51.605.493.	6564822.		
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD		
Hermana	Hogar.	No	Cra 4D 33-32	Bogota		
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO		
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD		
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		



BOLETA DE SALIDA PACIENTE HOSPITALIZACIÓN SALUD MENTAL


F-SM/CM-009

Versión: 00

Fecha de Emisión: 2016-01-28

Página 1 de 1

NOMBRE DEL USUARIO		Raul bolivar hernandez	
DIAGNOSTICO EGRESO		Depresion Mayor.	
FECHA INGRESO: 12 NOV 2016	FECHA EGRESO: 12 NOV 2016	DIAS ESTANCIA 0	
VISTO BUENO DE SALIDA POR ESPECIALISTA DE PSQUIATRIA	angelica garcia		
	Nombre del Especialista	Firma	
VISTO BUENO DE ENFERMERIA			
	Nombre de Jefe	Firma	
PAZ Y SALVO CON FACTURACION			
	Nombre de Líder del Proceso	Firma	
VISTO BUENO SEGURIDAD			
	Nombre de Líder del Proceso	Firma	
COMENTARIOS:			

	CONSTANCIA DEL PACIENTE SOBRE LA TERMINACIÓN MEDICO-PACIENTE Y ACTA DE SALIDA RETIRO VOLUNTARIO DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL		
	F-SM/CM-007	Versión: 00	Fecha de Emisión: 2016-01-13

NOMBRE DEL PACIENTE	Raul Bolivar Hernandez.
FECHA	12 NOV 2016.
EDAD	50 años

YO Carmen Hernandez

Identificado/a con CC 51605493 en calidad de Hermana, de el /la

Paciente Raul Bolivar Hernandez
Hago constar

Primero Que en ejercicio de cuidador (a) y la libertad legal para prescindir de los servicios del médico tratante y equipo terapéutico, decidimos no continuar recibiendo por ahora la atención que la **CLINICA EMMANUEL** me ha venido prestando por conducto de sus médicos y equipo terapéutico.

Segundo Que sé me ha informado claramente y ampliamente de los riesgos y complicaciones que pudieran llegar a presentarse por terminarse de esta manera la relación médico paciente, el cual impide el control, la vigilancia y el tratamiento asistencial prescrito para el caso. En especial el elevado riesgo de un nuevo episodio de autoagresión que pone en riesgo la integridad física del paciente.

Tercero Que por las razones anteriores, con plena explicación y conocimiento de los efectos de la decisión, **ASUMO LA PLENA RESPONSABILIDAD** de las consecuencias que implica el **RETIRO VOLUNTARIO DE LA CLINICA EMMANUEL.**

Firma del Paciente Raul B CC. 79394772

Firma del Familiar Carmen Hernandez CC. 51605493 Bde

Firma del Especialista Angelica Maria Garcia RM. 1015395713

ESPACIO PARA DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR

Los suscritos testigos declaramos que el paciente al que se refiere la constancia que antecede a pesar que la **CLÍNICA EMMANUEL** le hizo la advertencia en ella señalada **SE NEGÓ A FIRMAR**

Firma del Testigo José CC. 80011009 Bde