	TO DOWN TO CONSENTINIENTO / DESCRIPTINIENTO ENFORMADO DE
	HOSPITALIZACION
Cup.	Original: 21/09/2016 Version: 01
	FR - HOIN - 01 Actualización:/
Therefore, 1005-june	١
	mayor de eudu,
You Day Garzon C	10 horse of behing
identificado con C.C. Nº 20572028	12028
	the Kan Dilmor Usula I I wadio del
de responsable del puedo	de 80000 politicas
identificado con C.C. Nº XO.	SOCIAL STATE OF STATE
O al a orthorizo a la C	Illustrico a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo ci processione la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a llevar a cabo ci processione de la clínica emmanuel a clínica emparatione de la clínica em
presente aucona	e me ha informado:
paciente, teniendo en cue	paciente, teniendo en cuenta que se inclus mana paciente, teniendo en cuenta que su

durante su tratamiento INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física o trastorno, así están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos atiendan le informarán oportunamente sobre su enfermedad tratamientos que se lleven a cabo dentro de esta unidad hospitalaria. estado mental,

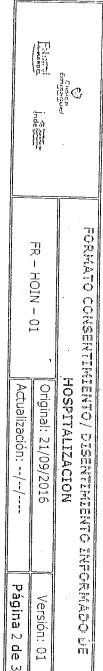
contención física (Inmovilización) por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el médico indicaciones médicas a salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de procederán bajo independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otra institución de salud realización. En el eventual caso en que los profesionales asistenciales detecten otra enfermedad trastorno, los procedimientos específicos que usted necesite le serán previamente informados para su profesionales, temblor, rigidez muscular, mareo, cefalea, constipación, etc. Mismos que serán debidamente atendidos estos van desde los más leves como ligera inquietud hasta somnolencia, sedación, insomnio, padecimiento, sin embargo todos los BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le administrarán medicamentos que de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad administrados por cualquier via pueden presentar efectos segundarios o eventos. para ser tratado. Si se llegara a presentar un episodio de agitación o agresividad derivada médico general acuerdo a las necesidades particulares de su asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado o continuar. enfermedad o trastorno, un equipo de enfermeros capacitados para trabajador social, terapeuta ocupacional, enfermedad están destinados a controlar los síntomas de su su solución. Durante su hospitalización recibirá psicólogo(a),

como el La-contención mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica. medidas alternativas, controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, profesionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto de

Durante la inmovilización se pueden presentar situaciones inseguras que pueden llevar a laceración,

Se dio a conocer el manual de convivencia para pacientes, familia y/o cuidadores durante la espera broncoaspiración, entre otras.

el proceso de hospitalización en el cual se informa horario de visitas, horarios de alimentación, qué elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este regiamento sea respetado ya que ayudará en el proceso terapéutico del paciente.



traslado que se realizará por parte de la institución y el cual le será informado prévio al traslado. Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a 교 sede hospitalaria de Facatativa

CONFIDENCIALIDAD

previamente y por escrito autoridades supériores lo soliciten a la dirección de la clínica y se utilizará Toda la información que usted proporcione de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial todos los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquellos casos en los que

paciente caso en que se tome la decisión, con el Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede desistir en el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del

intervención: o procedimiento que requiero declaro que entiendo que la medicina no anteriormente estipulados, <u>pertinentes de manera abierta y han sido resueltas de manera clara y satisfactoria. De la misma manera</u> Al firmar este documento doy constancia así mismo que es una ciencia exacta, en el sentido de que la práctica de la compromete una actividad de medio, pero no de resultados. se me de que se me ha dado la oportunidad de plantear las preguntas han informado y explicado los puntos

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo

	_
Firma del Paciente: CC. o Huella:	Nombre dei Paciente:
What Garzon C - 2	
Fírma del Testigo o Responsable del Paciente	-Nombre del Testigo o Responsable del Paciente
Z0572028	T'a
CC. o Huella:	Relación con el paciente:
El paciente no puede firmar por:	
Se firma a los 22 días del mes de $\mathcal{H}arzo$	del año <u>201</u> 7
	•

Nombre del médico

Registro profesional

Firma y sello