PERFECT BODY MEDICAL CENTER

Perfect Gody

Identificación Interna: 900223667

Cód. Habilitación: 470010087701

Dirección: Cra 20 No 15 - 110, Barrio El Jardín Teléfono: 4217901

Impreso por: lpcrtuz

ha de Impresión: 2018-03-28 18:37	Fecha de Atención:2018-03-28 18:37	Imprese por: locituz
atro de atención:SEDE PRINCIPAL		- •
ciente: CE - 635473 - AALT EVERT WATERWED		Sexo:M
tha de nacimiento: 1961-01-18	Frant 57 año(s) y 2 mes(es)	Fstado civil:
gimen:5 - Otro	Nivel:1	Carnet
rección Residencia:PASO DEL MANOO		
léfora:3167261394	Lugar:Santa Marta - Magdalena	
enpación:		
onpañante:		Teléfono:
sponsable:	Parentes co:	Teléfono:
Iministradora:COLSANITAS S.A.		Tipo Vinculación:Cotizante
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ECHA: CIUDAD: SANTA M		
Consentimiento otorgado en condición de : 🕡 Pa	aciente 🎖 Familiar 🗀 Acompañante	
Procedimientos a Realizar:		CALL CARA CUERO CARELLINO
Commence and the Commence of t	ESION DE TEILOOS PROFUNDOS EN AREA ESPEC	F CORPORAL TOTAL Cups:
1. CUELLO MANOS PIES PLIEGUES DE FLEXION GEF	MITATES) DE IMAS DEC CINCO 3 % DE 301 EM 101	Cups:
2. 862341 - ESCARECTOMIA AVULSIVA ENTRE EL !	5% AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cups:
3.		Cubs
3380 de 1,981, en armonia con el artículo 11 Junio 24 de 1,993, numeral 4,2,9, del mismo menores de edad otorgan el presente CONS	oe la Resolución 140, 1553 de familiares o a Ministerio , el paciente, sus familiares o a ENTIMENTO INFORMADO o CARTA DE I	crifical, n los artículos 9,10,11,12,13 y 14 del Decreto Reglamentario 99 , del Ministerio de Salud, y la Circular Externa No, 012 de llegados o representantes legales en caso de tratarse de RIESGOS BENEFICIOS para la practica del procedimiento
3380 de 1,981, en armonia con el artículo 11 Junio 24 de 1,993, numeral 4,2,9, del mismo menores de edad otorgan el presente CONS	oe la Resolución 140, 1553 de familiares o a Ministerio , el paciente, sus familiares o a ENTIMENTO INFORMADO o CARTA DE I	llegados o representantes legales en caso de tratarse de RIESGOS BENEFICIOS para la practica del procedimiento
3380 de 1,981, en armonia con el artículo 11 Junio 24 de 1,993, numeral 4,2,9, del mismo menores de edad otorgan el presente CONS medico o amba serialado. Yo , A Colombia de Resenta invocada, had	Ministerio , el paciente, sus familiares o a ENTIMIENTO INFORMADO o CARTA DE I	tlegados o representantes legales en caso de tratarse de RIESGOS BENEFICIOS para la practica del procedimiento cedula de ciudadania Nôr 635477
3380 de 1,981, en armonia con el arriculo 11 Junio 24 de 1,993, numeral 4,2,9, del mismo menores de edad, otorgan el presente CONS medico o amba serlalado. Yo , A Color Consenta Cons	Ministerio, el paciente, sus familiares o a ENTIMENTO INFORMADO o CARTA DE I identificado con lo las siguientes declaraciones: y en pleno uso de mis facultades mentales ITO, para que mi persona (cuando el constitución para que mi persona (cuando el conses médicos de la institución que intervendo, y teniendo en cuenta que ni el paciente, able la practica del procedimiento, me mar nedica, pueden sobrevenir beneficios o con responsables de eventuales resultados des el practica de conductas o procedimiento o la practica de conductas o procedimiento que comporta el suministro de la anestes encargado de ello. Jel medico se dirige a aliviar los males su equeridos comprendiendo que de no obter medico tratante y/ o demás intervinientes, documento ha sido leido y entendiendo en ediantes explicaciones claras sobre los a MENTO INFORMADO, las observaciones sus riesgos y sus beneficios, el cual me	Ilegados o representantes legales en caso de tratarse de RIESGOS BENEFICIOS para la practica del procedimiento cedula de ciudadanía No 25 477 y sin imitaciones o impedimentos de carácter medico legal entimiento es otorgado por el paciente), o en la persona del amba señalado. án en el procedimiento medico o quinúrgico, previa evaluació ni ninguna otra persona les han informado sobre los nifiestan que lo consideran procedente, advirtiéndome que de nplicaciones, molestias posibles alternativas y riesgos para flavorables, inmediatos o tardios de dificil prevención. sionales que intervendrán en el procedimiento medico o quinú ante este documento autorizo. sia, y he recibido satisfactorias y claras explicaciones sob fridos por el paciente, acepto la practica del procedimiento nerse un resultado favorable como se espera ello no, ni de la institución hospitalaria.
3380 de 1,981, en armonia con el arriculo 11 Junio 24 de 1,993, numeral 4,2,9, del mismo menores de edad, otorgan el presente CONS medico o amba serialado. Yo , A CONSENTIMEN obrando en la condición arriba invocada, hag 1. Por medio del presente documento, y forma libre otorgo mi CONSENTIMEN paciente amba indicado, para la praci 2. El medico tratante y/o los profesionale las condiciones en salud del paciente antecedentes que hagan desaconseja acuerdo con las normas sobre ética n realización, por lo cual no se hacen 3. PERFECT BODY MEDICAL CENTER , quedan autorizados para llevar a cal justificados, como una consecuencia 4. He sido advertido sobre los riesgos particular por parte del profesional 5. Bajo el entendido que la obligación de las adicionales que llegaren a ser re compromete la responsabilidad del r 6. Por ultimo, declaro que el presente de formulado me han sido absuettos m 7. Hace parte del presente CONSENTIN	Ministerio, el paciente, sus familiares o a ENTIMENTO INFORMADO o CARTA DE I identificado con lo las siguientes declaraciones: y en pleno uso de mis facultades mentales ITO, para que mi persona (cuando el constitución para que mi persona (cuando el conses médicos de la institución que intervendo, y teniendo en cuenta que ni el paciente, able la practica del procedimiento, me mar nedica, pueden sobrevenir beneficios o con responsables de eventuales resultados des el practica de conductas o procedimiento o la practica de conductas o procedimiento que comporta el suministro de la anestes encargado de ello. Jel medico se dirige a aliviar los males su equeridos comprendiendo que de no obter medico tratante y/ o demás intervinientes, documento ha sido leido y entendiendo en ediantes explicaciones claras sobre los a MENTO INFORMADO, las observaciones sus riesgos y sus beneficios, el cual me	RIESGOS BENEFICIOS para la practica del procedimiento cedula de ciudadanía Nôy 25 4 77 y sin imitaciones o impedimentos de carácter medico legal , entimiento es otorgado por el paciente) , o en la persona del arriba señalado. án en el procedimiento medico o quinúrgico , previa evaluació ni ninguna otra persona les han informado sobre los nifiestan que lo consideran procedente , advirtiéndome que de nplicaciones , molestías posibles alternativas y riesgos para ifavorables , inmediatos o tardíos de difícil prevención. sisionales que intervendrán en el procedimiento medico o quinúrso médicos adicionales que puedan llegar a ser necesario ante este documento autorizo. siá , y he recibido satisfactorias y claras explicaciones sob fridos por el paciente , acepto la practica del procedimiento nerse un resultado favorable como se espera ello no , ni de la institución hospitalaria. su integridad por mi y que las dudas e interrogantes que suntos o ternas de interés.
3380 de 1,981, en armonia con el artículo 11 Junio 24 de 1,993, numeral 4,2,9, del mismo menores de edad, otorgan el presente CONS medico o amba serialado. Yo ,	Ministerio, el paciente, sus familiares o a ENTIMENTO INFORMADO o CARTA DE I identificado con lo las siguientes declaraciones: y en pleno uso de mis facultades mentales ITO, para que mi persona (cuando el constitución para que mi persona (cuando el conses médicos de la institución que intervendo, y teniendo en cuenta que ni el paciente, able la practica del procedimiento, me mar nedica, pueden sobrevenir beneficios o con responsables de eventuales resultados des el practica de conductas o procedimiento o la practica de conductas o procedimiento que comporta el suministro de la anestes encargado de ello. Jel medico se dirige a aliviar los males su equeridos comprendiendo que de no obter medico tratante y/ o demás intervinientes, documento ha sido leido y entendiendo en ediantes explicaciones claras sobre los a MENTO INFORMADO, las observaciones sus riesgos y sus beneficios, el cual me	RIESGOS BENEFICIOS para la practica del procedimiento cedula de ciudadanía Nôy 25 4 77 y sin imitaciones o impedimentos de carácter medico legal , entimiento es otorgado por el paciente) , o en la persona del arriba señalado. án en el procedimiento medico o quinúrgico , previa evaluació ni ninguna otra persona les han informado sobre los nifiestan que lo consideran procedente , advirtiéndome que de nplicaciones , molestías posibles alternativas y riesgos para ifavorables , inmediatos o tardíos de difícil prevención. sisionales que intervendrán en el procedimiento medico o quinúrso médicos adicionales que puedan llegar a ser necesario ante este documento autorizo. siá , y he recibido satisfactorias y claras explicaciones sob fridos por el paciente , acepto la practica del procedimiento nerse un resultado favorable como se espera ello no , ni de la institución hospitalaria. su integridad por mi y que las dudas e interrogantes que suntos o ternas de interés.
3380 de 1,981, en armonia con el arriculo 11 Junio 24 de 1,993, numeral 4,2,9, del mismo menores de edad, otorgan el presente CONS medico o amba serialado. Yo , A Color Wale R obrando en la condición amba invocada, hag 1. Por medio del presente documento, y forma libre otorgo mi CONSENTIMEN paciente amba indicado, pera la praci 2. El medico tratante y/o los profesionale las condiciones en salud del paciente antecedentes que hagan desaconseja acuerdo con las normas sobre ética n realización, por lo cual no se hacen 3. PERFECT BODY MEDICAL CENTER , quedan autorizados para llevar a cal justificados, como una consecuencia 4. He sido advertido sobre los riesgos particular por parte del profesional 5. Bajo el entendido que la obligación o las adicionales que llegaren a ser re compromete la responsabilidad del r 6. Por ultimo, declaro que el presente o formulado me han sido absueltos m 7. Hace parte del presente CONSENTE procedimiento medico o quirúrgico, documento o imprimo mi huella dig OBSERVACIONES:	Ministerio, el paciente, sus familiares o a ENTMENTO INFORMADO o CARTA DE I identificado convo las siguientes declaraciones: y en pleno uso de mis facultades mentales ito, para que mi persona (cuando el constitución que intervendo, y teniendo en cuenta que ni el paciente, y teniendo en cuenta que ni el paciente, able la practica del procedimiento nedico o corresponsables de eventuales resultados des el medico tratante y / o los demás profesos la practica de conductas o procedimiento que media imprevisible del procedimiento que media emprevisible del procedimiento que media que comporta el suministro de la anestes encargado de ello. Lel medico se dirige a aliviar los males su equeridos comprendiendo que de no obter medico tratante y/ o demás intervinientes, documento ha sido leido y entendiendo en ediantes explicaciones claras sobre los a MENTO INFORMADO, las observeciones sus riesgos y sus beneficios, el cual medital por no saber firmar.	Itegados o representantes legales en caso de tratarse de RIESGOS BENEFICIOS para la practica del procedimiento cedula de ciudadanía No 25 4 7 7 2 9 sin imitaciones o impedimentos de carácter medico legal entimiento es otorgado por el paciente), o en la persona del amba señalado. án en el procedimiento medico o quinúrgico, previa evaluación in ininguna otra persona les han informado sobre los nifiestan que lo consideran procedente, advirtiéndome que de replicaciones, molestias posibles alternativas y riesgos para ifavorables, inmediatos o tardios de dificil prevención, sionales que intervendrán en el procedimiento medico o quinúrante este documento autorizo. sián, y he recibido satisfactorias y claras explicaciones sob interese un resultado favorable como se espera ello no no integridad por mi y que las dudas e interrogantes que suntos o temas de interés, donde se me explica concretamente en que consiste el han sido leidos, y en constancia de todo lo anterior, firmo se ha considerado por mi y que las dudos en memorantes que suntos o temas de interés.
3380 de 1,981, en armonia con el artículo 11 Junio 24 de 1,993, numeral 4,2,9, del mismo menores de edad, otorgan el presente CONS medico o amba serialado. Yo ,	Ministerio, el paciente, sus familiares o a ENTMENTO INFORMADO o CARTA DE I identificado convo las siguientes declaraciones: y en pleno uso de mis facultades mentales ito, para que mi persona (cuando el constitución que intervendo, y teniendo en cuenta que ni el paciente, y teniendo en cuenta que ni el paciente, able la practica del procedimiento nedico o corresponsables de eventuales resultados des el medico tratante y / o los demás profesos la practica de conductas o procedimiento que media imprevisible del procedimiento que media emprevisible del procedimiento que media que comporta el suministro de la anestes encargado de ello. Lel medico se dirige a aliviar los males su equeridos comprendiendo que de no obter medico tratante y/ o demás intervinientes, documento ha sido leido y entendiendo en ediantes explicaciones claras sobre los a MENTO INFORMADO, las observeciones sus riesgos y sus beneficios, el cual medital por no saber firmar.	RIESGOS BENEFICIOS para la practica del procedimiento cedula de ciudadanía Nôy 25 4 77 y sin imitaciones o impedimentos de carácter medico legal , entimiento es otorgado por el paciente) , o en la persona del arriba señalado. án en el procedimiento medico o quinúrgico , previa evaluació ni ninguna otra persona les han informado sobre los nifiestan que lo consideran procedente , advirtiéndome que de nplicaciones , molestías posibles alternativas y riesgos para ifavorables , inmediatos o tardíos de difícil prevención. sisionales que intervendrán en el procedimiento medico o quinúrso médicos adicionales que puedan llegar a ser necesario ante este documento autorizo. siá , y he recibido satisfactorias y claras explicaciones sob fridos por el paciente , acepto la practica del procedimiento nerse un resultado favorable como se espera ello no , ni de la institución hospitalaria. su integridad por mi y que las dudas e interrogantes que suntos o ternas de interés.

			PROTOCOLO REVISION	REVISION DE EQUIPOS BION EDICOS			P
	HORA		CIRUGIA	REALIZADO POR			
	ECUMPO: MACHINA DE AN STESIA	AREA	EQUIPO: ELECTRIOBISTURI	EQUIPO: LAMPARA CELITICA	AREA	2. MESA QUIR JROICA	AREA
	TO THE STATE OF TH	Ì	FECHA:	FECHA:			
	T	N N	QUI IS SI IND	_	ON 15		NO NO
		7	POCHINO	verificar la limp	Z	verificacion de Limpieza de equipo	7
	verificación de Limpleza de equipo	Y	Verificación de Empresa de equipo	axterior de la lámbara	7	Examinar que los Movimientos de subir,	
	Chequeo de la máscara de Daciente		Inspeccionar componentes del equipo:	Transition of parent de promisino prore	T	descenso y laterales se efectiven de manera	
	Examinar el cable eléctrico, toma de	7	Cable de paciente Lápiz de corte Pantalla	Examinal que el pariel de encondra opere	7		7
	corriente. Y voltajes de alimentación		placa neutra	normangente	1	manier o overminar o emponantes aléctrices u	
	Verificar que esté conectada		Examinar el cable eléctrico y la toma de		_	evalual y examinal cumponences erces y	
	continuamente a la red eléctrica	1	corriente	Examinar las partes Articulares que generan	/	electioning	Y
	Control de gases y Soda.		Realizar pruebas de parámetros, tedados	el movirniento de la lámpara.	Ý	Examinar los componentes mecanicos	7
	Varificación de fugas		botones y perillas	verificacion de estado de iluminacion de los	+	:	_
	Verificación parámetros y lunciones			led		Verificar sistemas de alimentación electricos	7
			Verificar averias de carcaza e insu uniemos				
		7.63	AREA	EDITION STROOMADOR	AREA	EQUIPO: BOMBA DE INFUSION	AREA
	ECLUPO DESFIBRILADOR	AKEA	₩.			FECHA:	
	FECHA:			1	SI I	ACTIVIDAD.	ON IS
	ACTIVIDA0:		ACTIVIDAD: SI NO	T	o N	Ì	т
	verificacion de l'impieza de equipo		verificacion de Limpieza de equipo	verificacion de Limpieza de equ po		Verificación de Limpleza de equipo	\
	Section of the sectio		verificación de accesorios	verificacion de succion	7	verificacion de pantal a y teclado	
	Verificacion de paretas y en culodos, con	X	Marificacion de readidas SPO2-NIRP-FCG	Examiner mangueras, filtros y f ascos		Examinar el cable eléctrico, toma de corriente.	_
	Examinar et capie etectrico, torna ue	<u> </u>	Verificación de la constante d	verificación de vacuometro		y voltajes de alimentación	7
•	corriente. Y voltajes de alimentación		COZ-1ENIC-LIK-FI	Evaminar ol cable eléctrico toma de	K	verificar funcionamiento, goteo, volumen,	
	Verifique que el equipo esta conectado	_	Examinar el cable electrico, tullid de	corriente Vanitaise de almentación		Arecuencia	-
)	continuamente para conservar la carga de	<u> </u>	corriente. Y voltajes de alimentación	Content of the conten	1	Verifique que el equir o este conectado	
•	las baterías	1	Verifique que el caupo este conectado			continuamente para conservar la carga de las	
	Prueba de carga y descarga	1	continuamente para conservar la carga de			baterías	
ì	revision de panel de control				Y BEY		AREA
	ECUIPO: MONITOR LCD	ARIZ	EQUIPO: CAMARA DE VIDEO	_	<u> </u>		Ī
	FECHA			FECHA:			C1 1810
(ACTIVIDAD:	ON IS	ACTIVIDAD: SI NO		SI NC	ACIMDAD:	5
	verificacion de Limpieza de ecuipo		verificacion de Limpieza de equipo	verification de Limpieza de equ po		verificación de Lumpieza de equipo	
	verification de partelle vivideo		verificacion de salida de video	verificacion de manguera alta presion		verificacion de fibra optica	$\frac{1}{1}$
,	Verification de paintaina y viueo		Evaminar al rable eléctrico, toma de	Examinar el cable eléctrico, tonna de		Examinar el cable eléctrico, toma de corriente.	
つ	taxa nmar el cable elecutor, toma de		Corriente. Y voltaies de alimentación	corriente. Y voltajes de alimentación		V voltajes de alimentación	
	Coll letter, i Voltajes de antrentación	1	verificacion cable de video y extension	verificacion de flujo CO2		verificacion de iluminacion	
	Verille and the second of the		verificacion de Potones y teclado	verificación de botones y teclado		verificacion de horas de uso de lampara	
1						verificacion de botomis y teclado	
	SOLUBO COLUBO SUAVER	1 AREA	EDUIPO: EQUIPO RADIOFRECIENCIA AREA	_	AREA	EQUIPO, MICROSCOPIO QUIRURGICO	AREA
1			FECHA:	FECHA:		FECHA:	
L	ACTIVIDAD	ON LIS	ACTIVIDAD: SI NO	D ACTIVIDAD:	SI NC	ACTIVIDAD:	1
. *	varificación de limpieza de equino		verificacion de Limpieza de equipo	verificacion de Limpieza de equipo		verificacion de Limpieza de equipo	
7	Volume de minima de majores		verificacion de piaza de mano	verificacion de cable interfaz		verificacion de lentes	
	Evanior of rable offering forms de		Examinar el cable eléctrico, toma de	Revisión del sistema eléctrico y mecánico del		Examinar el cable eléctrico, toma de corriente.	
	Examinate Violizies de alimentación		corriente, y voltajes de alimentación	ednipo		Y voltajes de alimentación	
	verification curbillas alta velocidad	-	verificacion de punta radiofrecuencia	verificacion de emision de rayos x		verificacion de 200m y focus	
	verificacion de botones y teclado		verificacion de botones y teclado	verifiacion de imagen		verificacion de botomes y teclado	
				verificacion de temperatura		Examinar las partes Articulares que generan el	
		-		verificacion de kvp-seg		movimiento de la larnpara.	-

[V (C3 / 12