Puinones Proda Danie Esteban 150  FECHA DE NACIMIENTO: 30 OCT. 2002. LUGAR DE NACIMIENTO: Bagota  ESTADO CIVIL: Soltero OCUPACION: ACADEMICO.  DIRECCION: CYA 6 E # 108-25 Madrid TELEFONO: 31320 42900. RANGO EP:  EPS: Famisanar. Beneficiario X. Cotizante SUBSIDIADO CONTRIBL  IPS QUE REMITE: HOSpital de Madrid.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO					
THO DOCUMENTO: TI NUM.DOC: 1000603396  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  E  QUINOTVES  PRACIO  DATION  FECHA DE NACIMIENTO: 30 CCT 2002. LUGAR DE NACIMIENTO: BODOTO  ESTADO CIVIL: SO IL-EMO  DIRECCION: CYO G E # 108-25 Madrid TELEFONO: 313 20 42 900. MARGO EP.  EPS: FAMISANAT. BENEFICIARIO X. COTIZANTE  SUBSIDIADO  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  AMEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  TELEFONO FIJO	eA.				
PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBBE  SEGUNDO NOMBRE  ECHA DE NACIMIENTO: 30 CCt 2002. LUGAR DE NACIMIENTO: BOQUECO  ESTADO CIVIL: SO (LEFO)  DIRECCION: CYO G E # 108 - 25 Madric (TELEFONO: 313 20 42 90 C. BANGO EPI  EPS: FAMISANAT. BENEFICIARIO X. COTIZANTE  BY QUE REMITE: HOSPITO! CLE MACHIOL.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FILO  TELEFONO  TELEFONO  TELEFONO  TELEFONO  TELEFONO  TELEFONO  TELEFONO  TELEFONO  TELEFO					
FECHA DE NACIMIENTO: 30 CCC. 2002. LUGAR DE NACIMIENTO: BOSTACIO ESTADO CIVIL: 30 LEVO OCUPACION: ACACE MICO.  DIRECCION: CYCLO E # 108-25 Madrici TELEFONO: 31320 42900. BANGO EPI EPS: FAMISANAT. BENEFICIARIO X. COTZANTE SUBSIDIADO CONTRIBL IPS QUE REMITE: HOSPITAL CLE MACINICO.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEF  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEF  CORREO ELECTRONICO: AUD MACINICAS & MOT MACIL. Com.  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEF  ROSA Preda.  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEF  ROSA PREDICAMENTO CONFIDO TELEF  ROSA PREDICAMENTO CONFIDO TELEF  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
ECHA DE NACIMIENTO: 30 CCT. 2002. LUGAR DE NACIMIENTO: BOJOTO ESTADO CIVIL: SOLVEYO DIRECCION: CYO GE THE OB -25 Nacional Telefono: 313 20 42 900. RANGO EPES: FORMISCIANO: BENEFICIARIO X. COTTANTE SUBSIDIADO CONTRIBL. IPS QUE REMITE: HOSPITO DE MACIONA.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO	EDAD				
ESTADO CIVIL: SOLVENO  DIRECCION: CYA GE THE 108-25 Madrid TELEFONO: 31320 42900 RANGO EP.  EPS: FAMISANAN BENEFICIARIO COTIZANTE SUBSIDIADO CONTRIBL  IPS QUE REMITE: HOSPITOL CLE MAJORIO.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELE	dano				
DIRECCION: CYA 6 E # 08 -25 Madricl Telefono: 313 20 42 900 . RANGO EPES: FAMISAMAR. BENEFICIARIO X. COTIZANTE SUBSIDIADO CONTRIBLIPS QUE REMITE: HOSPITAL DE MACANO.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FILO TELEFONO FILO TELEFONO FILO TELEFONO FILO PARENTESCO: POLOTICO. OCUPACION: Independient bireccion: CYCL 6 E + 103 - 25 NC CORRED ELECTRONICO: AUD MQUIÑAMES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FILO TELEF					
EPS: Famisanar. Beneficiario X. COTIZANTE SUBSIDIADO CONTRIBU  PS QUE REMITE: HOSpital Cle Maloria.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO FIJO  PARENTESCO: Palare. Occupacion: Idependent bireccion: Cra 6 E + 103-25 Nc CORREO ELECTRONICO: aubinquiñares and that mail cam.  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO FIJO  ROSA Preda. 20.737697. 313 222  PARENTESCO: Madre Ocupacion: Hogar Direccion:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  PARENTESCO: Padre, ocupacion: Idependien Bireccion: Cra GE+ 103-25 No  CORREO ELECTRONICO: aubinquiñares and mail. com.  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO QUE ENTREGA	EPS: A				
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEF  NOMBRES COMPLETOS  PARENTESCO:  PARENTESCO:  CORREO ELECTRONICO:  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEF  CORREO ELECTRONICO:  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEF  ROSA  Preda  LO 73+69+  313 222  PARENTESCO:  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	BUTIVO >				
NOMBRES COMPLETOS  HECTER AUDM QUINCIPES 3.172.959.  PARENTESCO: PCIOTR. OCUPACION: Independien Direccion: CVCI GEH 103-25 NCC CORREO ELECTRONICO: AUDMQUINIONES & MOT mail. Com.  NOMBRES COMPLETOS  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TEL					
NOMBRES COMPLETOS  Hecter Aubm Quincres 3.172.959.  PARENTESCO: Fadre, ocupacion: Independien bireccion: CVa GEH 103-25 Na Correo Electronico: aubmau incres a hat mail. Com.  NOMBRES COMPLETOS  NOMBRES COMPLETOS  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  NOMBRES COMPLETOS  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO					
HECTER AUDM QUINCIPES 3.172.959. 313200  PARENTESCO: POLARC. OCUPACION: II DEPENDIENT BIRECCION: CYCL GEH 103-25 NCC  CORREO ELECTRONICO: AUD MQUIÑONES & MOT MAIL. Com.  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEF  ROSA Preda. 20.73+697. 313 222  PARENTESCO: Madre OCUPACION: Hogal DIRECCION:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
PARENTESCO: Padre, ocupacion: Independient bireccion: CVCI 6EH 10B-25 No correo electronico: aub inquiñanes and mail. Com.  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEF ROSa Preda. 20.73+697. 313 222  PARENTESCO: Madre ocupacion: Hogar Direccion:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	EFONO CE				
CORREO ELECTRONICO: AUD MANITORES AND MOT MAIL. Com.  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEF ROSA Preda. 20.737697. 313 222  PARENTESCO: Madre OCUPACION: Hogali DIRECCION:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	)429				
NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFO	PARENTESCO: Padre, ocupacion: lidependient bireccion: CVC1 6 = # 103-25 Madrie				
ROSA Preda.  LO.737697.  PARENTESCO: Madre ocupacion: Hogar bireccion:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
ROSA Preda.  LO.737697.  PARENTESCO: Madre ocupacion: Hogar bireccion:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	EFONO CI				
PARENTESCO: Madre ocupacion: Hogar Direccion:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	249				
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
	HARITOS V/O CONDICIONES ESDECIALES DEL DACIENTE				
PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO					
PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO					
PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE   CARGO   DOCUMENTO   FIRMA	O MEDICO				
lila Ramos Medico 57435608.	SS (				

		ing or
, d		

	FORMATO CONSEN HOPITALIZACION	INFORMADO DE	
Institute Nacional de Permencias	   FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
81.00 (Eastable)	110214 01	Actualización: - / - / -	Página 2 de 3

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, traslado que se realizara por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

## **CONFIDENCIALIDAD**

Toda la información que usted proporciones de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizara 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 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 doy constancia de que se me ha informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se 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		N	OMBRE DEL PA	CIENTE
CC. N.			_ HUELLA		
			Harton	Quiner	rez.
Firma de	el testigo o responsable	del paciente	Nombre del testi	go o responsable de	el paciente
C.C. N	3. 172 9 paciente	59.	HUELLA	•	1
El	paciente .	no	puede	firmar	por:
	a los <u>O/</u> días do del medico <u>Lilo</u>		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	12000	· ,
U.U. N.	1 +191604'		Registro profes	tional UNUS C	ノっ

## FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION FR - HOIN - 04 FR - HOIN - 04 FR - HOIN - 04 FR - HOIN - 04

Yo Hecter acinemes.	mayor de edad, identificado con			
C.C. N. 3 172 959 de la ciudad de	MARID. en calidad de			
responsable del paciente Daniel Esteban	Denores.			
identificado con C.C. N. T. I. 1000603396. de	la ciudad de Madrid.			
por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha informado:				

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

BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le administraran 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, 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 seré referido a otra institución 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 contención física (inmovilización) por un lapso que no exceda las 2 horas, tiempo en el cual el medico asignado tomara las medidas necesarias para limitar el estado o continuar.

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

Durante la inmovilización se pueden presentar situaciones inseguras que pueden llevar a laceración, fracturas, bronco aspiración, entre otras.

Se dio a conocer el manual de convivencia para pacientes, familia y/o cuidadores durante la espera en el proceso de hospitalización en el cual se informa horario de visitas, horarios de alimentación, que elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudara en el proceso terapéutico del paciente.