DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE TIFO DE DOCUMENTO (ACO) (L. INJURED DE DOCUMENTO) (ACO)	DATO	SGEN	ERALE	S DEL	PACIEN	TE AL INGRES	30	
TIPO DE DOCUMENTO CANTO DE DOCUMENTO NA GENERO MEDICO PRIMER APPELLIDO SEGUNDO APPELLIDO NAMBRE BADO COMPOS PECHA DE NACIMIENTO CUGAR DENACIMENTO ESTADO CIVIL COMPOSON FELETORO TO ANO 1958 POQUES DE NACIMENTO CUGAR DENACIMENTO CIUDAD BES TIPO DE VINCIRACION TO ANO 1958 POQUES DE NECONACIONE DIRECTIÓN BARRO CIUDAD BES TIPO DE VINCIRACION PACIENTE REMILDO (SI) PIC BESCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFORO PACIENTE REMILDO COMPOST TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFORO PARROTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRONICIDAD HOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFORO PARROTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRONICIDAD HOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFORO PARROTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRONICIDAD HOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFORO PARROTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRONICIDAD HOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFORO PARROTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRONICIDAD HOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFORO PARROTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRONICIDAD HOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO CANTIDAD CORROS DIAGNOSTICOS DE SROUIATRIA COTROS DIAGNOSTICOS DE SROUIATRIA CARRONICIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE ENDINA HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE	FECHA HORA	HC:		T	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
PRIMER APPLIADO SESUNDO APELLOO NOMBRE EDAD COMO PORO EDADO DE STADO CIVIL OCUPACIÓN EL FRONO 10 AGO 145 BOSTO CIUDAD PES TIPO DE VINCUARDO DIRECCIÓN BARRO CIUDAD PES TIPO DE VINCUARDO CALLO 12-0 A PO 11 CEÓNITOS DECURSO CIUDAD PES TIPO DE VINCUARDO CALLO 12-0 A PO 11 CEÓNITOS DECURSO CIUDAD PES TIPO DE VINCUARDO CALDO 12-0 A PO 11 CEÓNITOS DECURSO PERESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE DATOS DEL RESPONSABILE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE YAPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO HUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO PARRITESCO OCUPACIÓN CORREO FLETRONICO DIRECCIÓN BARROCRUDAD HOMBRE YAPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO DIAGNOSTICOS DE SKOULATRIA CITROS DIAGNOSTICOS: MEDICAMENTO CONCEDE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EXDMA NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EXDMA	A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O	DA	TOS DE ID	ENTIFICA(CION DEL PA	CENTE		
PRIMER APPLIEVO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE EDAD COMPRESOR DE NACIONAL LUGAR DEMACIMIENTO ESTADO CIVIL CUPACIÓN DE PEDRO FECHA DE NACIONAL DE LUGAR DEMACIMIENTO ESTADO CIVIL CUPACIÓN DE PEDRO LO CASO 100 MBARRO CUDAD PS TIPO DE VINCIRACIÓN DIRECCIÓN BÁRRO CUDAD PS TIPO DE VINCIRACIÓN PACIENTE RESITUDO (SI) NO PS REMITENTE DATOS DEL RESPONSABLE YO REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APPLIADOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO RAMBRO DE DOCUMENTO TELEFONO PARBITESCO OCUPACIÓN CORREO ELECTRONICO DIRECCIÓN BARRIOCUBBAD HOMBRE Y APPLIADOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO TELEFONO PARBITESCO OCUPACIÓN CORREO ELECTRONICO DIRECCIÓN BARRIOCUBBAD HOMBRE Y APPLIADOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO TELEFONO PARBITESCO OCUPACIÓN CORREO ELECTRONICO DIRECCIÓN BARRIOCUBBAD COTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMIENTO CONTREGA MEDICAMIENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMBERO DE EXPLANA	TIPO DE DOCUMBITO	(ed) (u	NUMERO D	EDOCUMENTO	19324.149	GENERO	M F
FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMENTO ESTADO CIVIL NO AGO - 1958 1000 CO SO 1420 NUNQUAD DIRECTION BARRIO CIUNAD BY THEO DE VINCUAGON NINGECCION BARRIO CIUNAD BY THEO DE VINCUAGON NUNGER EMITIDO SI NO BERRESON SABLE POR EMPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO TELEFONO PARBITESCO DIE RESPONSABLE VOR EMPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO TELEFONO PARBITESCO DIE PACIONI CORRED ELETRONCO DIRECCION BARRIOWIZIAND PARBITESCO DIE DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO TELEFONO PARBITESCO DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS MEDICO TRATANTE MEDICAMENTO CONTES ESPECIALES DEL PACIENTE HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE	PRIMER APELLIDO	·	SE			(
DIRECTION DIATOS DEL RESPONSABLE YO REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE MOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONCO DIRECTION DI	COMO		1802C			ROUND ACK	J) 10	50
DIRECCIÓN BARREO CIUNAD ES TIPO DE VINCINACION CNILU SE CONTROLO C	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE	MACIMENTO	ESTA	DO CIVIL	OCUPACIÓN V	TELETONO	
PACIBITER PATELLOS COMPLETOS TIFO DE DOCUMENTO HUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO PARBITESCO OCUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARRIONIUMO DE DOCUMENTO TELEFONO DIAGNOSTICOS DE SOCULATRIA DIAGNOSTICOS DE SOCULATRIA MEDICO TRATANTE MEDICO AMENTO CON DE DOCUMENTO DIRECCION BARRIONIUMO DE DOCUMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE ENDMA	10-A90 - 1958		Action of the second	50 H	SNO.	Whyona:		
PACIBITEREMINO (SI) NO PS REMITENTE DATOS DEL RE SPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO INJUNESO DE DOCUMENTO TEL FONO PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARROWERDADO NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO INJUNERO DE DOCUMENTO ITEL FONO PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARROWERDADO PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIOWERDADO DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA CTROS DIAGNOSTICOS MEDICO TRATANTE MEDICO AMENITOS QUE ENTREGA MEDICO TRATANTE HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE ENDMA	The second secon					EPS .	TIPO DE VINCULAÇIO!	
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APPLLIGOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO HUMBRO DE DOCUMENTO TEL FONO PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIONELURAD FOMBRE Y APPLLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TEL FONO PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIONELURAD PARBITESCO: OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIONELURAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EIDAM	C1/11/6 #13-00 979	OIL CE	20/1/05	BC	Yotu	Janda	CONTUNE	
MOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO/EJURID FIOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO DE PARBITESCO. OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO/EJURID DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO DIRECCION BARRIO/EJURID DE DOCUMENTO DE SIQUILATRIA. CITROS DIAGNOSTICOS DE SIQUILATRIA CITROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONIDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE SIQUIAR DE SIDUA.			<u> </u>					• ,
PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIORIUDAD INDIMERE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO PARENTESCO: OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIORIUDAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA CTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA. MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE ENDMA	DATOS D	EL RESP(XISABLE,	Y/O REPRE	SENTANTE	LEGAL DEL PACIEN	ITE	and both related, on the artists of the second
PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIONICUDAD DE DOCUMENTO INDIMERO DE DOCUMENTO TELEFOMO PARENTESCO: OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIONICULUMO DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA COTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONIDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE ENDMA						DEDOCUMENTO	TELE	FONO .
INDMBRE YAPBLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFOMO PARENTESCO: OCUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCIÓN BARRIORIUNAD DIÁGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE						13,179.	B1325	1603
PARENTESCO: OCUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARRICACIUNAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA CTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EIDMA	PARENTESCO	OCUP.	ACION".	CORREOE	LECTROM CO	DIRECCION		
PARENTESCO: OCUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARRICACIUNAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA CTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EIDMA						1		
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICAMENTOS QUE ENTREGA. IAEDIC AMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	: NOMBRE Y APELLIDOS COM	PLETOS .	TIPO DE DO	CUMEITO	NUMER	DIDEDOCUMBITO	16.8	FOMO ·
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICAMENTOS QUE ENTREGA. IAEDIC AMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	4			W-20-6		2		
CTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA. MEDIC AMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIEMA	PARENTESCO.	CCUP	ACION	CORREO E	LECTRONECO	DIRECCION	RECCION BAPRIO/CJUD	
CTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA. MEDIC AMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIEMA						***************************************		
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE	Control of the state of the sta		DIAGNO	STICOSDI	E SIQUIATRI	A		
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE								
MEDICOTRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA. MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE SIGNA.	OTHER MACHINETINGS.							
MEDICAMENTO CANTIDAD MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE SIRMA	CTRUS MACROSIRUS.			•			**	
MEDICAMENTO CANTIDAD MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE SIRMA	MEDICO TRATANTE				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
MEDIC AMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE ERMA	MONGO HONERALE		APT IN A E	IL ILLOGO	I IF FIRE	X.		
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	·	LEFTAL			OC ENTREG			Andrews of the control of the contro
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EIRMA		- KEDI	LAMENIU). 			JANT DAD	
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EIRMA						. 1		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EIRMA								
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EIRMA								
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EIRMA								
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE EIRMA	Ц	ARITOS V	n covinic	MECEC	DCCIAL D C D	CI BACIFATE		
CARGO 1 CARGO L	11	11 601171	CONDI	WHE'S ES	LECIALEGE	ELPACIENTE		
CARGO 1 CARGO L								
CARGO TOTAL CARGO						÷		
CARGO TOTAL CARGO	NOMBRE DEL PROFESIONAL OUE			MIMERON				
DOCUMENT L		I THE VERTILE BE	CAR	igo -			FIRMA	:
	mi State Vittle I Mallille				PACAMETIA	,		

Claden Employens

FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION

FR - HOIN - 04

 Original: 21/09/2016
 Versión: 01

 Actualización: -/-/ Página 1 de 3

40 + Alpris Victoris GOMEZ	mayor de edad,
identificado con C.C. Nº 4 4/793/79	de la ciudad de <u> </u>
de responsable del paciente > DIRIO DUL	AUSTO GONEZ
identificado con C.C. Nº × 19334149	de x Bourth, por medio del
presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar	a cabo el proceso de tratamiento y atención al
paciente, teniendo en cuenta que se me ha informac	do:

INFORMACIÓN: 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 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 administrados por cualquier vía pueden presentar efectos segundarios 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, psiquiatra, psicólogo(a), trabajador social, terapeuta ocupacional, 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 trastomo mental, usted puede ser 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 indicaciones médicas a salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de contención-física (Inmovilización)-por-un-lapso-que-no-exceda las dos-horas, tiempo en el cual-el-médico asignado tomará 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, broncoaspiración, 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, qué elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudará en el proceso terapéutico del paciente.



FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION

Original: 21/09/2016 Actualización: -/-/-

Versión: Dj

Página 2 de Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativa, traslado que se realizará por parte de la institución y el cuel le será informado previo al traslado.

FR - HOIN - 04

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.

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 la que esto puede implicar en la salud del

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: APQIDITAMO, LELLY

Firme del Decineta	
Firma del Paciente: CC. o Huella: 41713 79	Nombre del Paciente:
Firma del Téstigo o Responsable del Paciente	AUGRUS VILLORUS FOUTZ Nombre del Testigo o Responsable del Pagente
41793179 CC. o Huella: El paciente no puede firmar por:	Azevasa Relación con el paciente:
Se firma a los // días del mes de ABRIL	del año ZOB '
Nombre del médico Cc	Firma y sello - Registro profesional

			er P	
		. 1		
				7
				ű.