

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

| | | | | | |
|-----------------|----------------------|---------------------|-------------|--------|-------------|
| No Autorización | 89205919 | Fecha Notificación | 14/04/2018 | | |
| Producto | EPS | Nit | 800251440 | Código | EPS |
| Plan | REGIMEN CONTRIBUTIVO | Sucursal Radicación | FONOSANITAS | Ciudad | BOGOTA D.C. |
| Teléfono | 6466060 | Fecha Orden Médica | 14/04/2018 | | |

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

| | | | | | |
|--------------|--------------------------|----------|-------------|--------------|------------------|
| Habilitación | 110012527501 | Teléfono | 7433693 | | |
| Dirección | CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2 | Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | DISTRITO CAPITAL |

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

| | | | | | |
|------------------------|------------------|-------------------|-------------|--------------------|-------------------------------------|
| Contrato | 3705102 | | | | |
| Tipo de Identificación | TI | Número | 1002960133 | Nombre | BRAYAN ALEXANDER SATIZABAL CARVAJAL |
| Fecha de Nacimiento | 14/05/2001 | Antigüedad | 19 SEMANAS | | |
| Clase Usuario | POS | Nivel de Ingresos | GRUPO A | | |
| Dirección | CR 23 G 103 A 26 | Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | DISTRITO CAPITAL |
| Tel. Residencia | | Tel. Opcional | | Correo electronico | |

REMITENTE

860009555 ESE HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID

| | | | |
|--------------|--------------|----------|---------|
| Habilitación | 254300002101 | Teléfono | 8253324 |
|--------------|--------------|----------|---------|

DETALLE DEL SERVICIO

| | | | |
|----------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| Servicio | SALUD MENTAL | | |
| Diagnóstico | F412 | Origen | ENFERMEDAD GENERAL |
| Tipo de Atención | HOSPITALIZACION | Guía | |
| Tipo de Orden Médica | | Tipo de Recobro | |
| | Cama | | |
| | Número de entrega | 1 | |

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

| código | Prestación | Descripción | Cant. | UVR | Teléfono | Tipo de Intervención |
|---------|-----------------------|-------------------------------|-------|-----|----------|----------------------|
| 1005453 | ESTANCIA PSIQUIATRICA | 1005453-ESTANCIA PSIQUIATRICA | 5 | 0 | | |

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO

INFORMACIÓN ADICIONAL: DX TTRASTORNO MISTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN S/A ESTANCIA HOSPITALARIA 5 DÍAS EN USM

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN ADICIONAL:

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO

INFORMACIÓN ADICIONAL: RECAUDAR POR CONCEPTO DE COPAGO EL: 11,5% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA GRUPO A

CUOTA MODERADORA 0

CANTIDAD BONOS 0

COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: JOHANNA MARCELA ZULUAGA

MEJIA

Cargo: NIVEL 4 (FUNCIONARIO
PROFESIONAL EN SALUD)

Telefono: 6466060

Recibido


VALIDO POR 120 Días

DESDE 14/04/2018

HASTA

11/08/2018

ORIGINAL

| | | |
|---|--|----------------------|
|  | FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION | |
| | FR - HOIN - 01 | Original: 21/09/2016 |
| | | Versión: 01 |
| | Actualización: --/--/---- | Página 1 de 3 |

Yo Maria del Pilar Satizabal mayor de edad, identificado con C.C. N° 29.114.948 de la ciudad de Cali, en calidad de responsable del paciente Bryan Alexander Satizabal Canabal identificado con C.C. N° 1002.960.133 de Popayan, 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 informado:

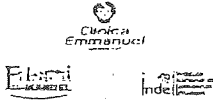
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 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, 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 trastorno 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 HOSPITALIZACIÓN | | | | |
| | FR – HOIN – 01 | <table border="1"> <tr> <td>Original: 21/09/2016</td> <td>Versión: 01</td> </tr> <tr> <td>Actualización: --/--/----</td> <td>Página 2 de 3</td> </tr> </table> | Original: 21/09/2016 | Versión: 01 | Actualización: --/--/---- |
| Original: 21/09/2016 | Versión: 01 | | | | |
| Actualización: --/--/---- | Página 2 de 3 | | | | |

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 cual le será informado previo al traslado.

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 el 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 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:

Firma del Paciente:

Nombre del Paciente:

CC. o Huella: _____

x

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del médico

Cc

Firma y sello

Registro profesional