


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO									
13/May/18		11:40							
FECHA	HORA	HC							
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
TIPO DE DOCUMENTO		CC.		NUMERO DE DOCUMENTO		52.114.152		GENERO	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD			
OLMOS		ARENAS		MAURA YANETH		45			
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		OCUPACION		TEL.FONO	
03 / Sept / 1972		BOGOTA		CASADA		HOGAR		312 4095 893	
DIRECCION		BARRIO		CIUDAD		EPS		TIPO DE VINCULACION	
Cermza V. Toba		Toba		Cermza		N. EPS		Subsidiario	
PACIENTE REMITIDO		SI		NO		IPS REMITENTE			
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE									
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TEL.FONO			
Juan Martinez		CC.		72203862		312 4095 893			
PARENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD	
Esposo		Conductor				Cermza V. Toba		Toba	
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TEL.FONO			
PARENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD	
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA									
OTROS DIAGNOSTICOS:									
MEDICO TRATANTE									
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA									
MEDICAMENTO								CANTIDAD	
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE									
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE		CARGO		NUMERO DE DOCUMENTO		FIRMA			
Droger D		Psiquiatra		52507300		Droger D			

 Clínica Emmanuel Bogotá	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/---	Versión: 01 Página 1 de 3

Yo Juan Morhne2 mayor de edad,  
 identificado con C.C. No 92205862 de la ciudad de Barranquilla, en calidad  
 de responsable del paciente Norma Yareth Olivos Arenas  
 identificado con C.C. No 52114152 de Bogotá, 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 seis 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.

		<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE</b> <b>HOSPITALIZACIÓN</b>	
FR - HOIN - 04		Original: 21/09/2015	Versión: 0
		Actualización: -/-/-	Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facativita, 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 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:

• Margarita Gómez  
Firma del Paciente.

CC. o Huella:

Nombre del Paciente:

[Firma]

Juan Martínez M.

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

72.709.862

Esposo

CC. o Huella:

Relación con el paciente

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 15 días del mes de 05 del año 2018

Adriana Rodríguez

Nombre del médico

Cc 52507700

[Firma]

Firma y sello

Registro profesional

52507700