



Yo Maria Nancy Guarancho mayor de edad, identificado con  
CC. x N° 39 721 46 9 como responsable del  
paciente Laura Carolina Suñer identificado con C.C  
N° 1018464065, autorizo al Instituto Nacional de Demencias Emanuel para la realización del  
procedimiento de atención integral en el programa de AVD (Actividades de la Vida Diaria), teniendo en cuenta  
que se me ha informado:

- 1) Los objetivos, características y beneficios de llevar a cabo este proceso, así mismo como las limitaciones de éste y posibles riesgos que se pueden presentar.
- 2) Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, producto de la patología del paciente, efectos secundarios de la medicación, también producto de una alimentación o hidratación inadecuada e incluso producto de la misma jornada de trabajo y la fatiga que esta puede producir. Estas circunstancias enmarcadas dentro de la disautonomía del sistema nervioso, como por ejemplo cambios en la presión arterial y en los niveles de glucosa en sangre, náuseas, vómito, diarrea, mareos, desmayos, disminución en el rendimiento cognitivo y físico.
- 3) La posibilidad que durante el desarrollo de las actividades y terapias contempladas al interior del tratamiento se pudieran presentar situaciones imprevisibles o inesperadas, por la toma diaria de tensión arterial, medición de glucosa, lavados nasales, cambios de pañales entre otros.
- 4) La posible aparición de signos consecuentes a actividades terapéuticas tales como hematomas por masaje manual, enrojecimiento o alergia a causa de electro estimulación o por contacto con material terapéutico, fatiga muscular por actividad física u otros factores que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otros procedimientos terapéuticos o médicos.
- 5) Que los procedimientos que se llevan a cabo dentro de la institución buscan la beneficencia y no maleficencia de los consultantes, y que las acciones terapéuticas que se llevan a cabo están enmarcadas dentro de los lineamientos legales establecidos para el trato con pacientes, así mismo las directrices éticas establecidas para los casos.
- 6) Los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.
- 7) 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 y que no se me han garantizado los procedimientos terapéuticos, en el



Instituto  
Nacional de  
Demencias  
Emanuel

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROGRAMA AVD (Actividades de la Vida  
Diaria)

F-GC-062

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-02-23

Página 2 de 2

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: Laura Carolina Suancho

NOMBRE DEL PACIENTE: Laura Carolina Suancho

CC. O HUELLA: 1018464065

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Nancy Cristancho

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Maria Nancy Cristancho

CC. O HUELLA: 397214591371

RELACIÓN CON EL PACIENTE: madre

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 2 días del mes de Mayo del año 2018

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: \_\_\_\_\_



Instituto  
Nacional de  
Demencias  
Emanuel

CONSENTIMIENTO DERECHOS, DEBERES Y POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

F-GC-088

Versión: 00

Fecha de emisión: 2013-12-05

Página 1 de 1

FECHA:	2	Mayo	2018
	DIA:	MES:	AÑO:
	2	Mayo	2018

Yo Maria Nancy Criaracho mayor de edad, identificado con  
Numero de documento 39721459 de Bogotá como responsable del  
paciente Laura Carolina Suancha identificado con C.C  
Nº 1018464065 hago constar que el Instituto Nacional de Demencias Emanuel me dio a conocer  
los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin  
embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Al firmar este documento reconozco que se me ha informado y explicado, que comprendo perfectamente los  
derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, se me han dado amplias oportunidades de formular  
preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Doy mi consentimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Nancy Criaracho

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Nancy Criaracho

CC. O HUELLA: 39721459

RELACIÓN CON EL PACIENTE: madre

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: \_\_\_\_\_

