



Yo Claudia Duarte mayor de edad, identificado con
C.C. N° 39.688.633 de la ciudad de Bta, en calidad de responsable del
paciente Ana Sandoval identificado con C.C.
N° 27.550.202 de la ciudad de Cucuta, por medio del presente autorizo al
Instituto Nacional de Demencias Emanuel (INDE) a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención integral en
demencias al paciente, 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) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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 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:

Ana Sandoval



Instituto
Nacional de
Demencias
Emanuel

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL EN
DEMENCIAS

F-GC-011

Versión: 04

Fecha de emisión: 2015-02-23

Página 2 de 2

CC. o HUELLA: _____

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

Clementia Duarte

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

Clementia

CC. o HUELLA: _____

39-688 635

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

amiga.

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los _____

7

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 INFORMADO PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL EN
DEMENCIAS

F-GC-011

Versión: 04

Fecha de emisión: 2015-02-23

Página 1 de 2

Yo Claudia Duarte mayor de edad, identificado con
C.C. N° 39.688.633 de la ciudad de Bta, en calidad de responsable del
paciente Ana Sandoval identificado con C.C.
N° 27.550.202 de la ciudad de Cucuta, por medio del presente autorizo al
Instituto Nacional de Demencias Emanuel (INDE) a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención integral en
demencias al paciente, 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) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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 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:

Ana Sandoval



Instituto
Nacional de
Demencias
Emanuel

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL EN
DEMENCIAS

F-GC-011

Versión: 04

Fecha de emisión: 2015-02-23

Página 2 de 2

CC. O HUELLA: _____

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

Claudia Duarte

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

Manuel

CC. O HUELLA: _____

37-688 633

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____


amiga.

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 7 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 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	F-GC-038	Versión: 00	Fecha de emisión: 2018-12-05

Página 1 de 1

FECHA:	DÍA: 07	MES: 05	AÑO: 2018
--------	---------	---------	-----------

Yo Claudia Duarte Huella mayor de edad, identificado con Número de documento 39.688.633, de Usaquén como responsable del paciente Ana Sandoval identificado con C.C. N° 27.550.207 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:

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

C.C. O HUELLA:

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

CORREO ELECTRÓNICO:

Claudia Duarte Huella
39.688.633

esposa
claudiahuella182@gmail.com

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

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN:

