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

Yo Ilyn Kevin Anderson Ospina mayor de edad, identificado con C.C. N° 1102 876 463 de la ciudad de Sincelejo, en calidad de responsable del paciente Hillary Scarlett Anderson Ospina identificado con C.C. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 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:

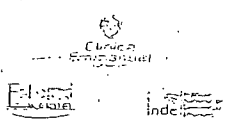
**INFORMACIÓN:** Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 HOSPITALIZACION	
	FR - HOIN - 01	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----
		Versión: 01 Página 3 de 3

### DISENTIMIENTO

Después de haber recibido la información, de haber preguntado decido no hospitalizar a

\_\_\_\_\_ con cc \_\_\_\_\_

Conozco y me fueron explicados los riesgos de no aceptar la hospitalización y asumo la responsabilidad de llevarme a mi familiar.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

CC. o Huella: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_