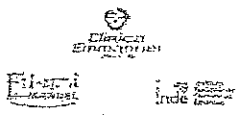


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC				
<p>10/Abr/18 3+30</p>						
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE						
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NUMERO DE DOCUMENTO	53930.812	GENERO	M	F X
PRIMER APELLIDO	VEGA	SEGUNDO APELLIDO	BARBOSA	NOMBRE	MARIA ANGELICA	
FECHA DE NACIMIENTO	11/Julio/1981	LUGAR DE NACIMIENTO	Fusagasuga	ESTADO CIVIL	Soltera	
DIRECCION	Calle 23 # 9-63	BARRIO	Campo Alegre	CIUDAD	Fusagasuga	
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	IPS REMITENTE	Santitas		
<p>36 años</p>						
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE						
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Jairo Cortez	TIPO DE DOCUMENTO	17094820	NUMERO DE DOCUMENTO	C.C.	
PARENTESCO	TIO	OCCUPACION	Comerciante	DIRECCION	Calle 23 # 9-63	
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		
PARENTESCO		OCCUPACION		DIRECCION		
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		
Pablo Vazquez		Medico	1129567644	Pablo A. Vazquez MEDICO GENERAL R.M. 123456789		

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

Yo AIRO SEPOMUENO Cortez mayor de edad,
identificado con C.C. No 17094020 de la ciudad de Bogotá, en calidad
de responsable del paciente Maria Angelica Vega Barbosa
identificado con C.C. No 13930812 de Fusagachá, 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:

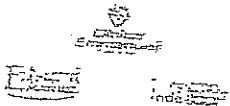
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
	Actualización: --/--/----	Página 2 de	

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 esta 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 comprometo 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:

CC. o Huella:

Nombre del Paciente:

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

1129564644

Pablo A. Pérez Rodríguez
Firmado General
Registro Profesional

