

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 09/09/18 HORA: 15:35 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: JOAQUIN MENDOZA

### DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC	NUM.DOC: 105334862	GENERO: M		
PRIMER APELLIDO: Pineda	SEGUNDO APELLIDO: Mendez	PRIMER NOMBRE: JUAN	SEGUNDO NOMBRE: DAVID	EDAD: 20
FECHA DE NACIMIENTO: 08/02/1998		LUGAR DE NACIMIENTO: Chigongro		
ESTADO CIVIL: Soltero		OCUPACION: Reciclador		
DIRECCION: Casa 6492 D cens de Alameda		TELEFONO: 3192199862		
EPS: N- EPS	BENEFICIARIO: X	COTIZANTE	SUBSIDIADO: X	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE: Hospital Regional Chigongro Sisben 2				

### DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Sandra Pineda Mendez	52993795	3192199862	
PARENTESCO: Hermana	OCUPACION: Desempleada	DIRECCION: Casa 6492 D cens de Alameda	
CORREO ELECTRONICO: No Data			

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
PARENTESCO:	OCUPACION:	DIRECCION:	
CORREO ELECTRONICO:			


### MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

### HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

--

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
JAIRO GARCIA M	MEDICO GENERAL	102819592	Jairo Garcia M	102819592

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES</b>		
	FR - HOFA - 01	Original: 02/05/2018	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	<b>Página 1 de 3</b>

Yo Sancta Milena Mendez mayor de edad, identificado con C.C. N° 52993195 de la ciudad de Chiquinquirá, en calidad de responsable del paciente Julien David Parra identificado con C.C. N° 1053348630 de Chiquinquirá, por medio del presente autorizo al Consorcio Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de Rehabilitación 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 del Programa de Adicciones "Renacer" 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 HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES</b>		
	FR - HOFA - 01	Original: 02/05/2018	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	<b>Página 2 de 3</b>

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.

Su ingreso al Programa Renacer es **VOLUNTARIO**, al firmar este documento acepta y acata el Manual de Convivencia, las fallas o incumplimientos son motivos de Expulsión del Programa.

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 programa y firmo a continuación:

Julian David Parra

Firma del Paciente:

CC. o Huella:

Julian David Parra Mendez

Nombre del Paciente:

[Firma]

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

SANDRA MILENN MENDEZ

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

52993798 BTA

CC. o Huella:

HERMANA

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: \_\_\_\_\_

Se firma a los 07 días del mes de SEPTIEMBRE del año 2018

Jairo Garay Manrique

Nombre del médico

Cc 110281952

Jairo Garay M

Firma y sello

Registro profesional