

Faca 25 de julio/16

X

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO									
FECHA	HORA	HC	05 Julio 2016 11:23m						
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		101913697		GENERO		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE		EDAD	
Triviño			Enriquez			Alejandro		20	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		OCUPACION		TELEFONO	
6/Nov/1996		Bogotá		Soltero		CASA		4881568	
DIRECCIÓN		BARRIO		CIUDAD		EPS		TIPO DE VINCULACION	
C11886N129134		Rincon		Bogotá		Famisanar		Beneficiario	
PACIENTE REMITIDO		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		IPS REMITENTE		San Jose			
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE									
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS			TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO		
Alvaro Triviño Castañeda			C.C.		79232440		3123220712		
PARENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD	
Padre		Conductor				C11886N129134		Rincon	
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS			TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO		
Flor marina Enriquez			C.C.		35513203		3134620694		
PARENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD	
Madre		Hogar				C11886N129134		Rincon	
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		



CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 1 de 3

Yo Flore Enriquez mayor de edad, identificado con C.C. N° 35513203 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Alejandro Triunfo Enriquez identificado con C.C. N° 1019113697 de la ciudad de Bogotá, 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 psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento bajo hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. 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, un psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un 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 otro centro 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 mecánica por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el medico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

DERECHOS DEL PACIENTE:

- Calidad en la atención: Recibir la mejor atención disponible, con las mejores condiciones éticas y de calidad.
- Comunicación Clara: Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 3 de 3

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 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: _____

CC. o Huella: _____

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: Flore Enriquez

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: Flore Enriquez

CC. o Huella:

35513203

Relación con el paciente: madre.

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 05 días del mes de 07 del año 2016.