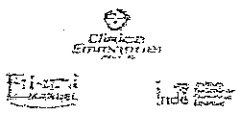


# DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC			
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE					
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NUMERO DE DOCUMENTO	19.324.149	GENERO	M   F
PRIMER APELLIDO	Gomez	SEGUNDO APELLIDO	Rozo	NOMBRE	Edad
FECHA DE NACIMIENTO	10-Ago-1958	LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota	ESTADO CIVIL	soltero
DIRECCION	11146 #13-09 470 611	BARRIO	cedritos	CIUDAD	Bogota
PACIENTE REMITIDO	SI	IPB	IPB	REMITENTE	San Mateo
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE					
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Victoria Gomez	TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NUMERO DE DOCUMENTO	91793.179
PARENTESCO		OCCUPACION		DIRECCION	32516103
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		

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

Yo \* ALDÍAS VICTORIO GÓMEZ mayor de edad, identificado con C.C. N° \* 41793179 de la ciudad de \* BOGOTÁ, en calidad de responsable del paciente \* DARIO AUGUSTO GÓMEZ identificado con C.C. N° \* 19334149 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:

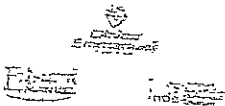
**INFORMACIÓN:** Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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: 03
		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:

*of allerton july*  
Firma del Paciente:  
CC. o Huella: 41793179

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

*Maria Victoria GONZ*  
Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

41793179  
CC. o Huella:

*HERNAN*  
Relación con el paciente:

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

Se firma a los 11 días del mes de ABRIL del año 2018

Nombre del médico  
Cc

Firma y sello  
Registro profesional

