

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 10/09/18	HORA: 11:47pm	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Diana Alvarez B
-------------------------	---------------	--

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC	NUM.DOC: 1032505698	GENERO: F
PRIMER APELLIDO: Diaz	SEGUNDO APELLIDO: Butrago	PRIMER NOMBRE: Angela
FECHA DE NACIMIENTO: 15/06/1999	LUGAR DE NACIMIENTO: Bogota	SEGUNDO NOMBRE: Daniela
ESTADO CIVIL: Soltera	OCUPACION: Estudiante	EDAD: 19
DIRECCION: Calle 17B N 1-14 Esmeralda	TELEFONO: 9000377	RANGO EPS:
EPS: FMS	BENEFICIARIO	COTIZANTE
SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	IPS QUE REMITE: Capam S1

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS: Ana Patricia Butrago Tenjo	DOCUMENTO: CC 39736570	TELEFONO FIJO: 9000377	TELEFONO CEL:
PARENTESCO: Mamá	OCUPACION: Empleada	DIRECCION: Calle 17B N 1-14 Esmeralda Joacha	
CORREO ELECTRONICO:			


NOMBRES COMPLETOS: Angel Humberto Diaz	DOCUMENTO:	TELEFONO FIJO: 9000377	TELEFONO CEL: 3115761434
PARENTESCO: Papá	OCUPACION: Empleado	DIRECCION: Calle 17B N 1-14 Esmeralda Joacha	
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 Garay M	Medico General	1102819592	Jairo Garay M	1102819591

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

Yo Ana Patricia Bultrago Tello mayor de edad, identificado con C.C. N. 39736550 de la ciudad de Florencia, en calidad de responsable del paciente Angela Denara Diaz Bultrago identificado con C.C. N. 1032505698 de la ciudad de Bogotá, por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha informado:


INFORMACION: 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 atienden le informaran oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como los tratamientos que se lleven a cabo dentro de esta unidad hospitalaria.

BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le administraran 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, 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 seré 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 contención física (inmovilización) por un lapso que no exceda las 2 horas, tiempo en el cual el medico asignado tomara 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, bronco aspiración, 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, que elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudara en el proceso terapéutico del paciente.

	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISSENTIMIENTO INFORMADO DE	
	HOPITALIZACION	
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: - / - / -
Página 2 de 3		Versión: 01

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, 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 este 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 ha informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se 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 CC. N. <u>Angela Diana</u>	NOMBRE DEL PACIENTE ANGELA DIANA BUITRAGO
FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE C.C. N. <u>3973650</u>	NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE ANA PATRICIA BUITRAGO
FIRMA DEL MEDICO C.C. N. <u>208798</u>	NOMBRE DEL MEDICO JAMES GARY M
Se firma a los <u>10</u> días del mes de <u>Septiembre</u> del año <u>2018</u>	Registro profesional