

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 24/08/18	HORA: 9.18am	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Diana Alvarez
-------------------------	--------------	--

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC	NUM.DOC: 102 4 505 390	GENERO: M	
PRIMER APELLIDO: Delgado	SEGUNDO APELLIDO: Rojas	PRIMER NOMBRE: Anderson	SEGUNDO NOMBRE: EDAD: 28
FECHA DE NACIMIENTO: 11. Junio 1990	LUGAR DE NACIMIENTO: Bogota		
ESTADO CIVIL: Soltero	OCUPACION: Desempleado		
DIRECCION: Calle 33 N 1-50 Soacha	TELEFONO: 322 390 6532	RANGO EPS: A	
EPS: FMS	BENEFICIARIO	COTIZANTE: X	SUBSIDIADO: CONTRIBUTIVO: X
IPS QUE REMITE: Hosp. Universitario San Jose			

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Emilgen Rojas Lopez	CC 51973622	8834309	3223906532
PARENTESCO: Mamá	OCUPACION: Hoger	DIRECCION: Calle 33 N 1-50 Jaramateo	
CORREO ELECTRONICO:			


NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Lizeth Delgado	1032 476 848	8834309	3017044553
PARENTESCO: Hermana	OCUPACION: Enfermera	DIRECCION: Calle 33 N 1-50 Jaramateo	
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 Gomey M	MEDICINA GENERAL	1102899592	Jairo Gomey M	1102899592

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

Yo Emilger Rojas Lopez mayor de edad, identificado con C.C. N. 51973622 de la ciudad de Bogota, en calidad de responsable del paciente Anderson Delgado Rojas identificado con C.C. N. 1024505390 de la ciudad de Bogota, por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

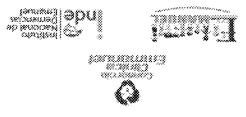
INFORMACION: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atienden 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/DISENTIMIENTO INFORMADO DE	
	HOPITALIZACION	FR - HOIN - 04
Original: 21/09/2016	Actualización: - / - / -	Versión: 01
Página 2 de 3		

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. 1024505390**
Anderson Delgado Rojas **HUELLA**
NOMBRE DEL PACIENTE

Firma del testigo o responsable del paciente **CC. N. 51.913.622**
Emilgen Rojas López **HUELLA**
Firma del testigo o responsable del paciente **no**
El paciente **puede** **firmar** **por:**

Se firma a los 29 días del mes de Agosto del año 2018
Nombre del médico **Registro profesional**
Dr. Mario García M MO2814512