



Yo Hanthe Lucia Gomez Niño mayor de edad, identificado con C.C. N° 51.791.957 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Abdias Benedicto Gomez Quilaguy identificado con C.C. N° 19.225.297 de la ciudad de Bogotá, por medio del presente autorizo al Instituto Nacional de Demencias Emanuel (INDE) a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención integral en demencias al paciente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

- 1) Los objetivos, características y beneficios de llevar a cabo este proceso, así mismo como las limitaciones de éste y posibles riesgos que se pueden presentar.
- 2) La posibilidad que durante el desarrollo de las actividades y terapias contempladas al interior del tratamiento se pudieran presentar situaciones imprevisibles o inesperadas, por la toma diaria de tensión arterial, medición de glucosa, lavados nasales, cambios de pañales entre otros.
- 3) La posible aparición de signos consecuentes a actividades terapéuticas tales como hematomas por masaje manual, enrojecimiento o alergia a causa de electro estimulación o por contacto con material terapéutico, fatiga muscular por actividad física u otros factores que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otros procedimientos terapéuticos o médicos.
- 4) Que los procedimientos que se llevan a cabo dentro de la institución buscan la beneficencia y no maleficencia de los consultantes, y que las acciones terapéuticas que se llevan a cabo están enmarcadas dentro de los lineamientos legales establecidos para el trato con pacientes, así mismo las directrices éticas establecidas para los casos.
- 5) Los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.
- 6) Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede desistir en el 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 y que no se me han garantizado los procedimientos terapéuticos, 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:

ABDIAS BENEDICTO GOMEZ QUILAGUY



Instituto
Nacional de
Demencias
Emanuel

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL EN
DEMENCIAS

F-GC-011

Versión: 04

Fecha de emisión: 2015-02-23

Página 2 de 2

CC. O HUELLA:

19. 225. 297

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

Nathalia L. Gomez N.

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

SI. 791.957

CC. O HUELLA:

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

Hija

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 08 días del mes de 08 del año 2018

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: _____

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: _____



Instituto
Nacional de
Demencias
Emanuel

CONSENTIMIENTO DE DERECHOS, DEBERES Y POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

F-CC-003

Versión: 00

Fecha de emisión: 2013-12-05

Página 1 de 1

FECHA:

DÍA:

08

MES:

05

AÑO:

2018

Yo Martha Lucia Gomez Niño mayor de edad, identificada por
Niptrono lo documento 51.791.957 de Bogotá como responsable del
paciente Abdias Benedicto Gomez Quiroga identificado con C.C.
Nº 19.225.297 hago constar que el Instituto Nacional de Demencias Emanuel me dio a conocer
los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin
embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Al firmar este consentimiento reconozco que se me ha informado y explicado, que comprendo perfectamente los
derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, se me han dado amplias oportunidades de formular
preguntas y que todas las preguntas que he formulado fueron respondidas y explicadas en forma satisfactoria.

Doy mi consentimiento y firmo en continuación:

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

Martha L. Gomez N.

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

MARTHA LUCIA GOMEZ NIÑO

CC. O PUELLA:

51.791.957

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

Hija

CORREO ELECTRÓNICO:

marthagoni@hotmail.com

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN:

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN:

