

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

27/05/18 17+12.

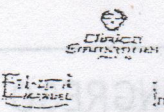
FECHA	HORA	HC		
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE				
TIPO DE DOCUMENTO	CC.	NUMERO DE DOCUMENTO	1.032.395.649	GENERO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD	
CORREOR	VELASCO	OSCAR FERNANDO		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	Ocupación	TELEFONO
19/08/1987	BOGOTA	SOLTELO	ESTUDIANTE	3124188376
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION
CALLE 17 S. #39-80	CIUDAD MONTES	BOGOTA	SANITAS	COTIZANTE
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IPS REMITENTE		

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE				
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
MARIA DEL ROSARIO VELASCO	CC.	28.098.166	3124188376	
PARENTESCO	Ocupacion	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
MADE	HOGAR	Rosy195725@gmail.com	BOGOTA	CIUDAD MONTES
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
PARENTESCO	Ocupacion	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD

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
Jairo Gary M	M6	1102819 SAR	Jairo Gary M

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

Yo Maria del Rosario Velasco Rinco mayor de edad, identificado con C.C. No 28098166 de la ciudad de Charalá (C) en calidad de responsable del paciente Oscar Fernando Corredor Velasco identificado con C.C. No 1032395649 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 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 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:

Oscar F. Corredor V. Oscar Fernando Corredor Velásquez
 Firma del Paciente: Nombre del Paciente:

1032395699 de Bogotá
 CC. o Huella:

[Firma] Manuela del Rosario Delasco Rinco
 Firma del Testigo o Responsable del Paciente Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

28098166
 CC. o Huella:

El paciente no puede firmar por: _____ Relación con el paciente: _____

Se firma a los 27 días del mes de Mayo del año 2018

Jairo Góngora M
 Nombre del médico
 Cc 102819592

Firma y sello
 Registro profesional