

Faca 25 de julio/16

X

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC	05 julio 2016 11:23 m			
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE						
TIPO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRE	GENERO	EDAD
Trujino			101913692	Alejandro	M	20
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	Ocupación	TELEFONO		
6 / Nov / 1996	Bojota	Soltero	CASA	4881568		
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION		
Cir 886 N129b34	Rincon	Bojota	Famisanar	Beneficiario		
PACIENTE REMITIDO	SI	X	NO	IPS REMITENTE	San Jose	
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE						
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO			
Alvaro Trujino Cephus	C.C.	4923240	312320912			
PARENTESCO	Ocupacion	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD		
Padre	Conductor		Cir 886 N129b34	Rincon		
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO			
Flor marena fmguez	C.C.	35513203	3134620694			
PARENTESCO	Ocupacion	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD		
Madre	Hogar		Cir 886 N12934	Rincon		
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA						
OTROS DIAGNOSTICOS:						
MEDICO TRATANTE						
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA			CANTIDAD			
MEDICAMENTO						
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE						
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA			





**Clínica  
Emmanuel**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN**

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 1 de 3

Yo Eler Enriquez mayor de  
edad, identificado con C.C. N° 35513203 de la ciudad de  
Bogotá, en calidad de responsable del  
paciente Alejandro Triviño Enriquez  
identificado con C.C. N° 1019113697 de la ciudad 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 psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento bajo hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. 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. Misimos que serán debidamente atendidos para su solución. Durante su hospitalización recibirá atención por un grupo de profesionales, un psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un médico general y personal de enfermería, cada uno interviendrá 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 otro centro 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 mecánica por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el medico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

**DERECHOS DEL PACIENTE:**

- Calidad en la atención: Recibir la mejor atención disponible, con las mejores condiciones éticas y de calidad.
- Comunicación Clara: Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.



Clínica  
Emmanuel

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 2 de 3

- Respeto: Respeto por mi privacidad, intimidad e información suministrada
- Confidencialidad: Tener acceso a mi historia clínica y a que ésta sea manejada en forma confidencial
- No discriminación: Ser respetado y no ser discriminado por mi enfermedad, mi origen cultural o social, mi creencia religiosa, ideologías o mi orientación sexual
- Explicación de costos: Recibir la información necesaria y suficiente respecto a los costos del tratamiento
- Consentimiento informado: No ser parte de ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin mi consentimiento informado.
- Seguridad: Tener las condiciones de seguridad y comodidad para el paciente
- Redes Familiares: A ser acompañado por familiares y/o amigos en los espacios y tiempos previstos para ello.

### DEBERES DEL PACIENTE:

- Información: Suministrar la información requerida sobre mi estado de salud, de manera clara, veraz, y completa
- Autorización: Firmar el consentimiento informado y autorización de los procedimientos que lo requieran.
- Convivencia: Conocer y cumplir las normas de la Institución y del servicio en el cual me encuentro hospitalizado
- Respeto: Brindar un trato amable y respetuoso al personal de la Clínica, a los demás pacientes, a los familiares y allegados
- Cuidado de recursos: Cuidar y hacer uso racional de los recursos, dotación, servicios e instalaciones de la Clínica
- Autocuidado: Cuidar mi salud e integridad física y tomar conciencia de la necesidad de mi tratamiento
- Responsabilidad Compartida: Exigir el cumplimiento de mis derechos y de los demás pacientes
- Cumplimiento al Tratamiento: Seguir las recomendaciones del equipo terapéutico durante la hospitalización y al egreso cumplir el tratamiento ordenado
- Veracidad: Reportar todas las novedades en mis datos de identificación, teléfono, dirección, o entidad aseguradora.

### 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 el caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del paciente.



Clínica  
Emanuel

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 3 de 3

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:

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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

CC. o Huella: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: por Escuela

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: Flore Enriquez

CC. o Huella: \_\_\_\_\_

35513203

Relación con el paciente: madre

El paciente no puede firmar por:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se firma a los 05 días del mes de 07 del año 2016

