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

Yo Shoara Soracipa Rodriguez mayor de edad, identificado con C.C. N° 52115632 de la ciudad de CC, en calidad de responsable del paciente Dr Steven Cruz Soracipa R identificado con C.C. N° 1030625040 de Bogota 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:

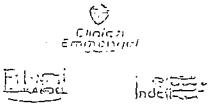
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 HOSPITALIZACIÓN	
	FR - HOIN - 01	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 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 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, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero comprometo una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

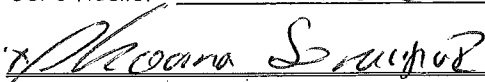


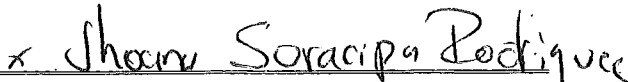
Steven Cruz S.

Firma del Paciente:

Nombre del Paciente:

CC. o Huella: 1.030.628.040



x 

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

x 52 175632

CC. o Huella:

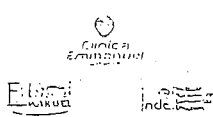
Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 6 días del mes de 06 del año 2017

Nombre del médico
Cc

Firma y sello
Registro profesional

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

DISENTIMIENTO

Después de haber recibido la información, de haber preguntado decido no hospitalizar a

_____ con cc _____.

Conozco y me fueron explicados los riesgos de no aceptar la hospitalización y asumo la responsabilidad de llevarme a mi familiar.

Firma del Paciente:

Nombre del Paciente:

CC. o Huella: _____

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella: _____

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del médico

CC.

Firma y sello

Registro profesional

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA: 06-junio-2017 HORA: 12:23am HC:

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO	CC.	NUMERO DE DOCUMENTO	1030625040	GENERO	M	A	F
PRIMER APELLIDO	Cruz	SEGUNDO APELLIDO	Soracipa	NOMBRE	Steven	EDAD	24
FECHA DE NACIMIENTO	19-05-1993	LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota	ESTADO CIVIL	Soltero	Ocupación	Estudiante
DIRECCIÓN	cl: 53 # 97c-575r	BARRIO	Bosa	CIUDAD	Bogota	EPS	Santitas
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	X	IPS REMITENTE	clínica Unimiller Colombia	TIPO DE VINCULACION	Cotizante

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
Johana Soracipa Rodriguez	CC.	52175632	3106950010
PARENTESCO	Ocupación	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
Mamá	Hogar	anis.yonata@hotmail.com	cl: 53 # 97c-575r Apto 201
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
PARENTESCO	Ocupación	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION

DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

OTROS DIAGNOSTICOS:

MEDICO TRATANTE

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD
levomeprominas 5 gotas	1-1-1
acido valproico 250 mg	1-1-1

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
Angelica Garcia	Medico	1015395713	