



Instituto  
Nacional de  
Demencias  
Emanuel

CONSENTIMIENTO DERECHOS, DEBERES Y POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

F-GVI-005

Fecha de emisión: 2013-12-05

Versión: 00

Documento  
CONTROLADO

Página 1 de 1

FECHA:

DIA: 06

MES: 10

AÑO: 2015

Yo Ana Marlen Alvarado mayor de edad, identificado con  
Numero de documento 39631933 de Bogotá como responsable del  
paciente Jenny Catalina Becal identificado con C.C  
N° 52879496 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 documento 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 han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Doy mi consentimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

Ana Marlen Alvarado

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

Ana Marlen Alvarado

CC. O HUELLA:

39631933

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

Mamá

CORREO ELECTRONICO:

Maralva1153@hotmail.com



Instituto  
Nacional de  
Demencias  
Emanuel

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

F-GC-011

Versión: 03

Fecha de emisión: 2012-03-05

Página 1 de 1

FECHA:

DIA: 06

MES: 10

AÑO: 2015.

Yo Ana Marlen Alvarado mayor de edad, identificado con  
CC. N° 39631983 como responsable del  
paciente Jenny Cofreline Bernal Alvarado identificado con C.C.  
N° 52879496 autorizo al Instituto Nacional de Demencias Emanuel para la realización del  
procedimiento de atención integral en demencias, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre  
los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas,  
por la toma diaria de tensión arterial, medición de glucosa, lavados nasales entre otros. Además signos  
consecuentes 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.

Al firmar este documento reconozco que se me ha informado y explicado, que comprendo perfectamente los  
procesos terapéuticos, se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas  
que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Acepto 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: Jenny Cofreline Bernal

NOMBRE DEL PACIENTE: Jenny Cofreline Bernal

CC. O HUELLA: 52879496

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Ana Marlen Alvarado

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Ana Marlen Alvarado

CC. O HUELLA: 39631983

RELACIÓN CON EL PACIENTE: Mamá

El paciente no puede firmar por:

No puede firmar