ESTADO CIVIL: SO HEYOL. OCUPACION: ESTOCIONE.  DIRECCION: Armei da Vereda Eleosal Telefono: 3142129804. RANGO EPS: 1.  EPS: N. EPS. BENEFICIARIO X. COTIZANTE SUBSIDIADO X. CONTRIBUTIVO  IPS QUE REMITE: HOSPITAL REGIONAL SECRE BUCHEQUE.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  JOSE Abraham Mareno 74.280673. 314212980	DATOS GENERA	LES DEL PACIENTE A	L INGRESO	
TIPO DOCUMENTO: CC. NUM.DOC. 1.077. 092 287 GENERO. FERRENTO  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  EDAD  MCMOO  HOMONO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  EDAD  MCMOO  HOMONO  SEGUNDO APELLIDO  SEGUNDO NOMBRE  EDAD  MCMOO  HOMONO  SEGUNDO APELLIDO  SEGUNDO NOMBRE  EDAD  MCMOO  GELECTO NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  EDAD  MCMOO  GELECTONICO:  SEGUNDO APELLIDO  SEGUNDO NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  EDAD  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  SUBSIDIADO  X. CONTRIBUTIVO  TELEFONO FILO  TELEFONO CEL  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  OCUPACION:  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  OCUPACION:  MEDICAMENTO  SEGUNDO  SEGUNDO	FECHA INGRESO: 24/JULIO 18 HORA: 15+00	PERSONA QUE REALIZA INGR	RESO: Angelica (	wed.
PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  MCMONO  MCMONO  HOMBRES COMPLETOS  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  EDAD  MCMONO  HOMBRES COMPLETOS  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  EDAD  MCMONO  HOMBRES COMPLETOS  PARENTESCO:  OCUPACION:  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  PRIMER APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO APELLIDO  SEGUNDO NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  SEGUNDO RECCION:  COTIZANTE  SUBSIDIADO X CONTRIBUTIVO  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  TELEFONO CEL  PARENTESCO:  OCUPACION:  DIRECCION:  MEDICAMENTO  FIRMA  MEDICAME	DATOS IDI	ENTIFICACION DEL PACIE	NTE	<u> </u>
MOTERO HEMONICO: NO HEMONICO: 28 / Abyl 1999 LUGAR DE NACIMIENTO: COATEQUE BOGACO (SETADO CIVIL: SO HEYO).  DIRECCION: Armeica Vereda CIROSA TELEFONO: 314212 9804. RANGO EPS: 1.  DIRECCION: Armeica Vereda CIROSA TELEFONO: 314212 9804. RANGO EPS: 1.  EPS: N. E.P.S. BENEFICIARIO X. COTIZANTE SUBSIDIADO X. CONTRIBUTIVO  DE QUE REMITE: HOSPITA REGIONA SEDE BUCHEQUE.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO GEL  JOSE Abraham Marreno 74.280673 31.4212980  PARENTESCO: Tactre. OCUPACION: DIRECCION: Armeida Vereda El ROS  COBREO ELECTRONICO: NO REGION:  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO GEL  PARENTESCO: OCUPACION: DIRECCION:  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO GEL  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO GUE ENTREGA  MEDICAMENTO GUE ENTREGA  MEDICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROPESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO TIMO REGISTRO MEDICO  REGISTRO MEDICO	TIPO DOCUMENTO: CC. NUM.DOC: 1.07	7. 092.287	GENERO: Femeni	10
FECHE DE NACIMIENTO: 28 Abyil 1999 LUGAR DE NACIMIENTO; CONTEQUE BOGACA  ESTADO CIVIL: SOLHEYAL.  OCUPACION: STOCKY C.  DIRECCION: Arreida Verca Clada telefono: 314212 9804.  BANGO EPS: 1.  PEPS: N EPS.  BENEFICIARIO X. COTIZANTE SUBSIDIADO X. CONTRIBUTIVO  IPS QUE REMITE: HOSPITAL REGIONA SEDE BUDIEDADO X. CONTRIBUTIVO  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  TOSE Abraham Mareno 74.280673 31.4212980  PARENTESCO: Tachre. Ocupacion: DIRECCION: Arreida Verca El Ros  COBREO ELECTRONICO: NO REFIERS.  MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO OCUPACION: DIRECCION:  MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO DOCUMENTO  FIRMA REGISTRO MEDICO  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO  DOCUMENTO  FIRMA REGISTRO MEDICO  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO  DOCUMENTO  FIRMA REGISTRO MEDICO	PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLID	OO PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
ESTADO CIVIL: SO HEYCI.  DIRECCION: ATTE CA VETECIA ELEGAN TELEFONO: 314212 9804.  BANGO EPS: 1.  EPS: N EPS.  BENEFICIARIO X. COTIZANTE SUBSIDIADO X. CONTRIBUTIVO  IPS QUE REMITE: HOSPITAL REGIONAL SECIE & CONTRIBUTIVO  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  JOSE Abraham Mareno 74.280673 314212980  PARENTESCO: Tachyo. Ocupacion: Direccion: Attachyo.  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  PARENTESCO: DOCUPACION: DIRECCION:  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  HABITOS V/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  HABITOS V/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MIDICO	Moreno Hernand	ez Nubia	Yareth.	19 años.
DIRECCION: Armeica Verca Closa Felefono: 314212 9804.  BENEFICIARIO X. COTIZANTE SUBSIDIADO X. CONTRIBUTIVO  DES QUE REMITE: HOSPITAI REGIONAL SEARE CACHEQUE.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  JOSSE Abraham Moreno 74.280673 314212980  PARENTESCO: Tache. Ocupación: DIRECCION: Armeida Verca Pros  CORREO ELECTRONICO: NO REFLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  PARENTESCO: DOCUPACIÓN: DIRECCION:  MEDICAMENTO DIRECCION:  MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO DOCUMENTO FIJO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIJOMA REGISTRO MEDICO	FECHA DE NACIMIENTO: 28 /Abril./190	LUGAR DE NACIMIENTO:	Guateque /	Boyaca
EPS: N EPS. BENEFICIABIO X COTIZANTE SUBSIDIADO X CONTRIBUTIVO  IPS QUE REMITE: HOSPITA REGIONAL SECRE GASTEQUE.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FILO TELEFONO GEL  TABLE ADVANAM MOVENO 74. 28067.3 31.4212980  PARENTESCO. TACTE. OCUPACION: DIRECCION: AVVEIGO VEVEGO EL ROS  CORREO ELECTRONICO: NO REGILETO  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FILO TELEFONO CEL  PARENTESCO: OCUPACION: DIRECCION:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  FROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO	ESTADO CIVIL: SO HEYOL	OCUPACION: ESTOC	lighte.	I
PS QUE REMITE: HOSPITA REGIONAL SECRE BUCHEQUE.  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  JASE Abraham Mareno 74.28067.3 31.4212980  PARENTESCO. PARO PELO DEL PACION: DIRECCION: Armeida Vereda PROS  CORRED ELECTRONICO: NO REGION: DIRECCION:  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  PARENTESCO: DOCUPACION: DIRECCION:  CORRED ELECTRONICO:  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO	DIRECCION: Armeida Upreda El	2050 TELEFONO: 31421	29804.	RANGO EPS:
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  TELEFONO GEL  JARRENTESCO:  PARENTESCO:  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  TELEFONO GEL  ROS  CORREO ELECTRONICO:  DIRECCION:  MEDICAMENTO  M	EPS: N. EPS. BENEFICIARIO X.	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFONO CEL  JARRINESCO: Tack. Ocupacion:  DIRECCION: Armeica Verecia El Ros  PARENTESCO:  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFONO CEL  PARENTESCO:  OCUPACION:  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  MEDICAMENTO  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE  PAGISTRO MEDICO  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	IPS QUE REMITE: HOSPITAL REGIONA	1 Sede Buateg	ive.	
NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFONO CEL  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFONO CEL  DIRECCION:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFONO CEL  TELEFONO FIJO  TELEFONO FIJO  TELEFONO CEL  TELEFONO FIJO  TELEFONO	0			
TOBE ADVANAM MOVENO 74.28067.3 31.4212980  PARENTESCO: TOLOVE. OCUPACION: DIRECCION: AVVICIO VEVECIO EL POS  NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  PARENTESCO: OCUPACION: DIRECCION:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIAMA REGISTRO MEDICO	DATOS DEL RESPONSABLI	E Y/O REPRESENTANTE L	LEGAL DEL PACIENTE	
PARENTESCO: TCCVC. OCUPACION: DIRECCION: Arveida Vereda El Ros  CORREO ELECTRONICO: NO REFLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL  PARENTESCO: OCUPACION: DIRECCION:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO	NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
CORREO ELECTRONICO:  NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFONO CEL  PARENTESCO:  OCUPACION:  DIRECCION:  CORREO ELECTRONICO:  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE  CARGO  DOCUMENTO  FIRMA  REGISTRO MEDICO	Jose Abraham Moreno	74.28067	31	4212980
NOMBRES COMPLETOS  DOCUMENTO  TELEFONO FIJO  TELEFONO CEL  PARENTESCO:  OCUPACION:  DIRECCION:  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE  CARGO  DOCUMENTO  FIRMA  REGISTRO MEDICO	PARENTESCO: Tacke. OCUPACION:	DIRECCION: Armel	da Vereda	El Rosa
PARENTESCO:  OCUPACION:  DIRECCION:  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE  CARGO  DOCUMENTO  FIRMA  REGISTRO MEDICO	CORREO ELECTRONICO: NO REFIERC.	; ; ; ;		
PARENTESCO:  OCUPACION:  DIRECCION:  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE  CARGO  DOCUMENTO  FIRMA  REGISTRO MEDICO				
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE  CARGO  DOCUMENTO  FIRMA  REGISTRO MEDICO	NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO				
MEDICAMENTO QUE ENTREGA  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO		DIRECCION:		
MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE  CARGO  DOCUMENTO  FIRMA  REGISTRO MEDICO	CORREO ELECTRONICO:			
MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE  CARGO  DOCUMENTO  FIRMA  REGISTRO MEDICO				
MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE  CARGO  DOCUMENTO  FIRMA  REGISTRO MEDICO				
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO		MEDICAMENTOS QUE ENTREGA		
PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO	MEDICAMENTO		CANTIDAD	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO				
PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO				
PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO	<u> </u>	L		<u> </u>
	HABITOS Y/G	O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIEI	NTE	
	PROFESIONAL QUE INGRESA AL RACIENTE L'CARGO	DOGUMENTO		DECISTRO MEDICO
11011 2000   Biguintro 43911224 + 1000 - 1000 100	PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO		(-)	REGISTRO MEDICO
The second of th	Ivou tools   Psiquin	tra 43311220	117000	1360 JOH
	•		1	

Comparisons Control of the Control o	FORMATO CONS	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION					
Tites in the second sec	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01				
inde (SSTA)	FK = HOIN = U4	Actualización: - / - / -	Página 1 de 3				

Yo.	Jose	Abrah	an	More.	10	RUTZ		may	or de	edad,	ident	ificado	con
		128067										calidad	l de
respo	nsable de	el paciente	N	uvía	y	runed	More.	70	Ern	and	29		
ident	ificado co	on C.C. N.	1	0770	98	2287	de	la ciu	dad de	olm	eje	da	,
por n	nedio del	presente, t	enier	ido en cu	ent	a que se m	e ha info	ormad	lo:		-		

**INFORMACION:** 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 atienden le informaran oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como los tratamientos que se lleven a cabo dentro de esta unidad hospitalaria.

BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le administraran 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, 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 seré 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 contención física (inmovilización) por un lapso que no exceda las 2 horas, tiempo en el cual el medico asignado tomara 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, bronco aspiración, 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, que elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudara en el proceso terapéutico del paciente.

Cytendyrus Cytendyrus E Filesware gest		RMATO CONSENT PITALIZACION	TIMIENTO/DISENTIMIENTO	INFORMADO D	E
Wind Annexes and American	ED	LIOTNI O4	Original: 21/09/2016	Versión: 01	
* Inde Paralla	FK	– HOIN - 04	Actualización: - / - / -	Página 2 de 3	

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, traslado que se realizara por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

## CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted proporciones de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizara 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 doy constancia de que se me ha informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se 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 DE	EL PACIENTI	E		NON	MBRE DEL I	PACIENTE
CC. N			HUEL	LA		
Julu	H		Jose	Abrahan	Moreno	Ruíz
		nsable del paciente	Non	ibre del testigo	o responsabl	e del paciente
C.C. N <i>-7</i>	4280673	7	_ HUELI	ĹΑ		
El	paciente	no	pι	ıede	firmar	por:
Nombre del	'	días del mes de				<u>,</u>
C.C. N			Re	gistro profesio	nal	