



FECHA:

Julio 09 2018

DIA:

09

MES:

07

AÑO:

2018

Yo Beatriz Loiza Alzate mayor de edad, identificado con
Numero de documento 24349141 de Manizales como responsable del
paciente Laura Alzate Valera identificado con C.C
Nº 24.349.066 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:

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

Beatriz Loiza Alzate

CC. O HUELLA:

24349141

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

Hija

CORREO ELECTRONICO:

beatrizloa@gmail.com

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN:

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN:



Yo Beatriz Iguala Alzate mayor de edad, identificado con C.C. N° 24349141 de la ciudad de Manizales, en calidad de responsable del paciente Laura Alzate Valencia identificado con C.C. N° 24349066 de la ciudad de Manizales, por medio del presente autorizo al Instituto Nacional de Demencias Emanuel (INDE) a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención integral en demencias al paciente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

- 1) Los objetivos, características y beneficios de llevar a cabo este proceso, así mismo como las limitaciones de éste y posibles riesgos que se pueden presentar.
- 2) La posibilidad que durante el desarrollo de las actividades y terapias contempladas al interior del tratamiento se pudieran presentar situaciones imprevisibles o inesperadas, por la toma diaria de tensión arterial, medición de glucosa, lavados nasales, cambios de pañales entre otros.
- 3) La posible aparición de signos consecuentes a actividades terapéuticas tales 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.
- 4) Que los procedimientos que se llevan a cabo dentro de la institución buscan la beneficencia y no maleficencia de los consultantes, y que las acciones terapéuticas que se llevan a cabo están enmarcadas dentro de los lineamientos legales establecidos para el trato con pacientes, así mismo las directrices éticas establecidas para los casos.
- 5) 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.
- 6) 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 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:

Laura Alzate Valencia

NOMBRE DEL PACIENTE:

Laura Alzate Valencia



Instituto
Nacional de
Demencias
Emanuel

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL EN
DEMENCIAS

F-GC-011

Versión: 04

Fecha de emisión: 2015-02-23

Página 2 de 2

CC. O HUELLA:

24-349 066

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

B

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

Beatriz Loana Alste

CC. O HUELLA:

24349 141

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

Hija

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 09 días del mes de julio del año 2018.

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: _____

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: _____