


	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL DÍA</b>		
	FR – XXXX – 13	Original: XX/05/2017	Versión: 00
		Actualización: --/--/----	<b>Página 1 de 2</b>

Yo Mary Juanette Rincon Velez mayor de edad, identificado con C.C. N° 351414040 de la ciudad de \_\_\_\_\_, en calidad de responsable del paciente Carlos Andres Garzon Rincon identificado con C.C. N° 7003845032 de la ciudad de Zipacitan, por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de Internación Parcial (Hospital día), 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 en el marco de las intervenciones terapéuticas realizadas.
- 3) La posible aparición de signos consecuentes a actividades terapéuticas tales enrojecimiento o alergia 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 como 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.
- 7) Que durante la permanencia en el programa se pueden presentar exacerbaciones sintomáticas que se benefician de intervención farmacológica de acuerdo al concepto del Psiquiatra del equipo terapéutico para brindar contención de síntomas como parte del quehacer médico. Entiendo que a pesar de que toda intervención farmacológica busca ayudar a las personas, todos los medicamentos tienen efectos secundarios, por causas independientes del actuar del médico tratante, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, por exageración del efecto farmacológico buscado, reacciones citotóxicas inesperadas, reacciones alérgicas a los medicamentos o sus metabolitos, por defectos enzimáticos que afecten el metabolismo de los medicamentos o reacciones idiosincráticas.

  	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL DÍA</b>		
	FR - XXXX - 13	Original: XX/05/2017	Versión: 00
		Actualización: --/--/----	Página 2 de 2

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: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

CC. O HUELLA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Mary jannet R. V.

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Mary jannet R. V.

CC. O HUELLA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE: Mamá

El paciente no puede firmar por:

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

Se firma a los 25 días del mes de 09 del año 2018

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: Dr. Nelson C. ...

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: \_\_\_\_\_

R.M. 27-2628 - C.C. 11.798.958  
 Universidad El Bosque  
 Medicina Equinoccia