

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 21/Ago/18	HORA: 11:50	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Angelica Cue A.
--------------------------	-------------	--

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: T.I.	NUM.DOC: 1007702135	GENERO: F.		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Lopez	Guzman	Laura	Catalina	15 años
FECHA DE NACIMIENTO: 29/Julio/2003	LUGAR DE NACIMIENTO: Facataiva.			
ESTADO CIVIL: Soltera	OCUPACION: Estudiante			
DIRECCION: Calle 10 2A-06 Sur	TELEFONO: 3124547307		RANGO EPS: A.	
EPS: famisanar.	BENEFICIARIO X.	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO X.
IPS QUE REMITE: Hospital San Rafael.				


DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE


NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Heidy Yohana Guzman	35536236	8915383	3124547307
PARENTESCO: Madre.	OCUPACION: Empleada	DIRECCION: Calle 10 4 2A-06 Sur.	
CORREO ELECTRONICO: johandaguzman-20@hotmail.com.			
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Julian Yesid Gonzalez	11442066	8915383	3108152001
PARENTESCO: Padrasto	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
Juan Carlos Acosta	Médico	75064578		15105

	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION		
	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: - / - / -	Página 1 de 3

Yo _____ mayor de edad, identificado con C.C. N. _____ de la ciudad de _____, en calidad de responsable del paciente Laura Cecilia Lopez Guzman identificado con C.C. N. 1000702135 de la ciudad de San Juan, por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha informado:


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.

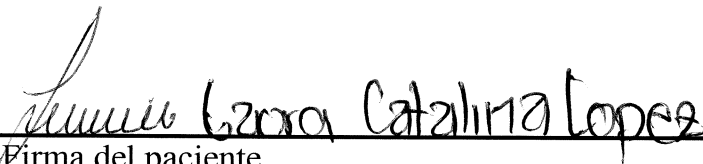
	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION		
	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: - / - / -	Página 3 de 3

DISENTIMIENTO

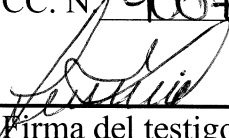
Después de haber recibido la información, de haber preguntado decido no hospitalizar a

_____ Con CC. N. _____

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



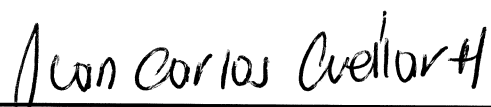
 Firma del paciente Nombre del paciente
 CC. N. 1007702735



 Firma del testigo o responsable del paciente Nombre del testigo o responsable del paciente
 C.C. N. 35 536 236

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 21 días del mes de Agosto del año 2018



 Nombre del médico Firma y Sello
 C.C. N. 75064570 Registro profesional 15185