

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 01/Sept/18 HORA: 14+10 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Angelica Cruz A.

### DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC. NUM.DOC: 79.597.110 GENERO: M.

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Boada	Castro	Jose	Alexander	46 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 01/Abril/1972. LUGAR DE NACIMIENTO: Bogota.

ESTADO CIVIL: Soltero OCUPACION: Hogar

DIRECCION: Calle 3# 3A - 61 Est. Cajica TELEFONO: 774 2729 / 3124948187 RANGO EPS: A.

EPS: N.EPS. BENEFICIARIO: COTIZANTE: X. SUBSIDIADO: CONTRIBUTIVO: X.

IPS QUE REMITE: Clinica Santo Thomas (Bogota).

### DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Mary Frans Boada Castro	51.830.004.	774 2729	3124948187.

PARENTESCO: Hermana. OCUPACION: Docente. DIRECCION: Calle 3# 3A - 61. Cajica.

CORREO ELECTRONICO: maryfrance66@hotmail.com.

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
William Eduardo Martinez.	19.410.546.	774 2729.	3112736256.


PARENTESCO: Cuñado. OCUPACION: DIRECCION:

CORREO ELECTRONICO:

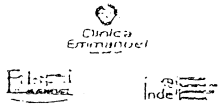
### MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

### HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE


PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Lila Ramon	Medica General	87435608		013082



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

Yo Mary France Bohada Castro mayor de edad, identificado con C.C. N° 51830004 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente José Alexander Bohada Castro identificado con C.C. N° 79.597.110 de Bogotá, por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención al paciente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

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

**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le administrarán 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, psiquiatra, psicólogo(a), trabajador social, terapeuta ocupacional, médico general y personal de 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 ser 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 indicaciones médicas a salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de contención física (Inmovilización) por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el médico asignado tomará 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, broncoaspiración, 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, qué elementos están permitidos ingresar y cuáles no; deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudará en el proceso terapéutico del paciente.

FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE		HOSPITALIZACION	
Original: 21/09/2016		Versión: 01	
Actualización: --/--/----		Página 2 de 3	

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

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted proporcione de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizará 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 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, 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:	Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:	Relación con el paciente:
El paciente no puede firmar por:	

Se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Nombre del médico	Firma y sello	Cc	Registro profesional
-------------------	---------------	----	----------------------

 	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO</b>	
	<b>INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES</b>	
	FR – HOIN – 68	Original: 29/06/2017
	Actualización: --/--/----	Versión: 01
		<b>Página 1 de 3</b>

FORMATO PARA EL REGISTRO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO

INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION

FECHA: 01/09/18 HORA: 11/00 AM

**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre y Apellido del paciente: José Alexander Borrada Castro

Tipo documento: CC Identificación: 79.597.110

Edad: 46 Género: M ☒ F ☐ RH: \_\_\_\_\_

EPS: Nueva EPS

Procedimiento de traslado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unidad de Origen: \_\_\_\_\_

Unidad de Destino: \_\_\_\_\_

Entidad de origen: \_\_\_\_\_

Entidad de destino: \_\_\_\_\_

Motivo del traslado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICOS y/o Situación e salud

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

♣ Riesgos durante el traslado: Existen situaciones propias del medio de transporte como rotura del vehículo, accidente de tránsito, etc. También existen riesgos vinculados a su condición de salud, como son:

**FORMATO CONSENTIMIENTO/DISSENTIMIENTO**  
**INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES**

Para lo cual se puede requerir, Inmovilización, sedación, administración de medicamentos como:

- ❖ Profesional que deriva: \_\_\_\_\_  
 ❖ Personal de salud que acompaña: \_\_\_\_\_  
 ❖ Acompañante del paciente (si la situación lo permite): \_\_\_\_\_

MUY IMPORTANTE • Si tiene alguna duda o necesita alguna información adicional no dude en preguntarle a si médica/o.

- Si considera que ha sido debidamente informado/a y consiente o rechaza libremente el traslado y/o derivación que se le propone, le solicitamos que firme dos ejemplares de este documento de consentimiento, una para la institución y otro para usted.



Firma y cedula de familiar  
(Acudiente, representante legal)

51830004

Firma y cedula de Médico

## DISSENTIMIENTO INFORMADO

B) REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO / DISSENTIMIENTO Se me explicó la situación de salud, el motivo del traslado y/o derivación. Comprendí la información que se me dio y pude preguntar mis dudas, las cuales me fueron aclaradas.

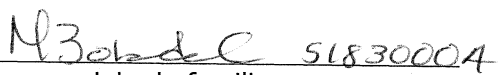
 	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO</b>	
	<b>INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES</b>	
FR – HOIN – 68	Original: 29/06/2017	Versión: 01
	Actualización: --/--/----	<b>Página 3 de 3</b>

Comprendo que tengo derecho a no aceptar el traslado y/o derivación, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.

Por eso yo: (marque con una x)

☒ No acepto que se realice mi traslado y/o derivación.

  
 Firma y cedula de familiar  
 (Acudiente, representante legal)

\_\_\_\_\_  
 Firma y cedula de Médico

\_\_\_\_\_  
 Firma y cedula de Paciente (si se requiere)

