

Dr. Juan Carlos
C.C. 75064578
Rég. 19185/1948

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO			
FECHA	HORA	HC	
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
TIPO DE DOCUMENTO	CECULA	NUMERO DE DOCUMENTO	1108452101
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
Mesa	Mullillo		Jorge Fernando
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	Ocupacion	TE. FONO
30/04/1986	Flandes	separado	Independiente 310355228
DIRECCION	BARRIO	CUIDAD	EPS
avena 13 #6-51	San Luis	Flandes	Transcar
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	IPS REMITENTE
			Subsidio
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE			
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TE. FONO
Jorge Mesamullillo	cedula	11229564	302355228
PARENTESCO	Ocupacion	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
Corrado	Prescineio		Independiente de 59 95
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TE. FONO
Maria Mesa Mullillo	cedula	65880473	302355228
PARENTESCO	Ocupacion	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
Fernanda	Anestesia		Monsieur y Cescas
DIAGNOSTICOS DE SIGUIRIA	JUAN PABLO GILLO		
OTROS DIAGNOSTICOS:	Tubismo Alvaro Bignior Monic #312		
MEDICO TRATANTE	Tubismo Nardo Fernando #192		
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA	Juan Carlos Mullillo Hermano		
MEDICAMENTO	CANTIDAD		
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE			
Puede de Truc y neferocagion			
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
Wm C. Celler	Pliguel	15064578	

CC 1108452101

19/04/18

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

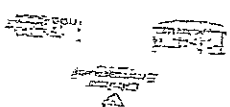
Yo Marc Angel Mac Mm 110 mayor de edad, identificado con C.C. No 65820742 de la ciudad de Girardot en calidad de responsable del paciente Jorge Leonardo Mac Mm 110 de 11229509 de 11229509 por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención al paciente, 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 mas 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 interviendra 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 asistentes 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.

		FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/---	Versión: 03 Página 2 de
---	--	----------------	--	----------------------------

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facativá, 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 caso en que se tome la decisión, con el consentimiento 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:

Nombre del Paciente: Monica Angélica Mesa
 CC. o Huella: 65820394
 Nombre del Paciente:

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: _____
 Nombre del Testigo o Responsable del Paciente:

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

Se firma a los 19 días del mes de Año del año 2018

Nombre del médico: Juan Carlos Collier H
 CC. o Huella: 3506498
 Firma y sello: [Firma]
 Registro profesional 15185
 Dr. Juan C. Cuellar Hernández
 C.C. 75064578
 Psiquiatra
 C.P. 14185/1306

