


Dr. Garay.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO				
FECHA INGRESO: 21/09/18	HORA: 10:55	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Jhuca Jimenez		
DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE				
TIPO DOCUMENTO: CC	NUM.DOC: 80155427	GENERO: M.		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Robles	Calvo	Ramon.		41.
FECHA DE NACIMIENTO: 25-Marzo-1977		LUGAR DE NACIMIENTO: Zucatepec, Gro.		
ESTADO CIVIL: Union Libre		OCUPACION: Carpintero		
DIRECCION: Cll 51#870-14. Bosa. Ia.		TELEFONO: 3132477160	RANGO EPS: A	
EPS: Fms.	BENEFICIARIO: X	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO: X
IPS QUE REMITE: clinica Odsussidw. Est.				
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE				
NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Lilia Robles Calvo		52315557	3212875981	
PARENTESCO: Hermana	OCUPACION: Estudiante	DIRECCION: Cll 51#870-14. Bosa. Ia.		
CORREO ELECTRONICO:				
NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Maira Alexandra Diaz			3208117113	
PARENTESCO: Esposa	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
Jairo Garay M	Médico General	MD2819542	Jairo Garay M	MD2819542



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

Yo Lilia Poblas Galvo mayor de edad, identificado con C.C. N. 52315557 de la ciudad de San Carlos, en calidad de responsable del paciente Ramon Poblas identificado con C.C. N. 80155427 de la ciudad de San Carlos, 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.

		<b>FORMATO</b> <b>CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO</b> <b>INFORMADO</b> <b>DE</b>	
<b>HOPITALIZACION</b>		<b>FR - HOIN - 04</b>	
Original: 21/09/2016		Actualización: - / - / -	
Versión: 01		Página 2 de 3	

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


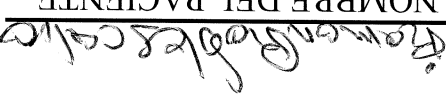
## CONFIDENCIALIDAD


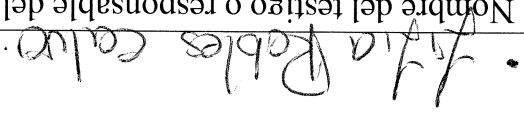
Toda la información que usted proporcione de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizará todos los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquellos casos en los que previamente y por escrito autoridades superiores lo soliciten a la dirección de la clínica. Que este es un procedimiento al cual se accede de manera VOLUNTARIA, del cual se puede desistir en caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del paciente.

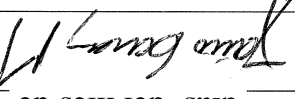
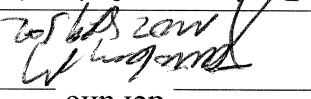
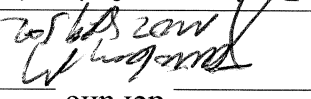
Al firmar este documento doy constancia de que se me ha informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se ha dado la oportunidad de plantear las mismas manera de declarar que entiendo que la medicina no es una ciencia exacta, en el sentido de que la práctica de la intervención 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:


  
CC. N. 80155427
   
HUELLA
   
NOMBRE DEL PACIENTE
   



  
CC. N. 52315557
   
HUELLA
   
Nombre del testigo o responsable del paciente
   

  
El paciente
   
no
   
puede
   
firmar
   
por:

Se firma a los
   
días del mes de
   
del año
   

  

  
C.C. N. 17081957
   
Nombre del médico
   

  
Registro profesional