

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	89018638	Fecha Notificación	10/04/2018		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	10/04/2018		

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

Habilitación	110012527501	Teléfono	7433693		
Dirección	CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato	549497				
Tipo de Identificación	CC	Número	79429746	Nombre	JUAN CARLOS GARZON CALDERON
Fecha de Nacimiento	24/04/1967	Antigüedad	619 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO A		
Dirección	BRR TAMASAGRA MZ # 15 CS - 13	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia	7294595	Tel. Opcional	7294595	Correo electronico	

REMITENTE

900188194 CLINICA CAMPO ABIERTO OSI SAS

Habilitación	110011809001	Teléfono	6701027
--------------	--------------	----------	---------

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F195	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención	HOSPITALIZACION	Guía	
Tipo de Orden Médica		Número de entrega	1
		Tipo de Recobro	

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1005452	ESTANCIA HOSPITALARIA	1005452-ESTANCIA HOSPITALARIA	5	0		

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
INFORMACIÓN ADICIONAL:

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX:TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: TRASTORNO PSICOTICO. S/A ESTANCIA EN USM FECHA DE INGRESO 10-04-2018

CUOTA MODERADORA 0

CANTIDAD BONOS 0

COBERTURA USUARIO

Autorizado Por:	LISETH KARINA NIETA AREVALO
Cargo:	NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Teléfono:	6466060

Recibido

VALIDO POR	120 Días	DESDE	10/04/2018	HASTA	07/08/2018
------------	----------	-------	------------	-------	------------

ORIGINAL

Calle 48 sur NO. 0 - 10 Este
Barrio La península - Localidad San Cristóbal
Bogotá D.C.




Asunto: RESPUESTA OFICIO 2018001258 DE FECHA 04/01/2017. QUEJA CONTRA LA IPS
CLINICA EMMANUEL.

Cordial saludo,

La Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, recibió petición interpuesta por Usted y radicada en sistema de correspondencia mercurio bajo el número 2018001258 con fecha 04 de Enero de 2018 en la que solicita: "Que la Secretaría de Salud de Cundinamarca como ente de vigilancia y control, verifique el manejo del sistema para administrar los medicamentos en la IPS CLINICA EMMANUEL y realice visita a fin de determinar la causa de los olores nauseabundos al ingreso de la IPS CLINICA EMMANUEL, para verificar el estado de aseo y habilitación de las instalaciones de esta institución"

Me permito informarle que la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud de Cundinamarca programó y realizó visita de inspección, el día 23 de Enero de 2018, y Visita de Verificación de Condiciones de Habilitación los días 23 y 24 de Enero de 2018, a la IPS EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S, ubicada en la vereda Los Manzanos Vía la Florida del Municipio de Facatativá-Cundinamarca, encontrando lo siguiente:

1. El Dr. Pedro Aguilera, quien atiende visita de inspección como funcionario de la IPS EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S, informa que el paciente JOHN FREDY CAMERO, hijo de la señora Blanca Lilia Sánchez Menjura, pertenece a la EPS NUEVA EPS, que no existe ningún inconveniente con la entrega de medicamentos como quiera que el médico tratante solicita los medicamentos,

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

Yo karen garzon mayor de edad, identificado con C.C. N° 610219036 de la ciudad de Bla, en calidad de responsable del paciente Juan carlos garzon calderon identificado con C.C. N° 79489746 de Bla, 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		
	HOSPITALIZACIÓN		
	FR – HOIN – 01	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: _____

Karen garzon

Karen Garzon

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

1010219036 Hija

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

Cc

Firma y sello

Registro profesional

