#127526.

D	ATOS GENERALES	DEL PACIENTE A	L INGRESO	
FECHA INGRESO: 30-09-2015	HORA: 0120	PERSONA QUE REALIZA INGRE	so: Yora Vone	202.
	DATOS IDENTI	IFICACION DEL PACIEI	NTE	
TIPO DOCUMENTO:	NUM.DOC: 1.019.008.381		GENERO: Temening.	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
ARIOS	Peng	Lizeth.	Andrea	3101
FECHA DE NACIMIENTO: 28- JUNIO- 1986 LUGAR DE NACIMIENTO: BOOTO			bapota	
ESTADO CIVIL:	Casada	OCUPACION:	Aux de For	macia.
DIRECCION: CYO 106 A	191A20 B 13 A	A TRELEFONO:	3023805406	RANGO EPS:
EPS: (Ponitas.	BENEFICIARIO	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE: Janitas	Puente Aran	idol		
DATOS I	DEL RESPONSABLE Y/	O REPRESENTANTE L	EGAL DEL PACIENTI	E
NOMBRES	COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Adrian Alexand	10 Gutierrez:	80.021.096	4565662	3023807406
PARENTESCO: Coposio	OCUPACION: ACX UNCUP	CIVIGHECCION: CICI 106	A 141 A 20 Blo	pe 13 Apt 201
correo electronico: Adriana	ptbarahatmast	.com		
NOMBRES (	COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Nombres		2933		3173365569
PARENTESCO:	OCUPACION:	DIRECCION:		
CORREO ELECTRONICO:	-			
connect results and the second				
	MEDIC	CAMENTOS QUE ENTREGA		
MEDICAMENTO			CANTIDAD	
	3			
	HABITOS Y/O COM	NDICIONES ESPECIALES DEL PACIEN	ITE /	,,
PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENT	E CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Dewlo Jeran	Morco	1129864644	12/0/12/10	Publo A. Pérez Romas

Consideration Entertaine and	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION		
Es Assessible Inde Service	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: - / - / -	Página 1 de 3

Yo. Adrian Alejandro Gutierret		d, identificado	con
C.C. N. 6007096 de la ciudad de 17	xcact2	, en calidad	de
responsable del paciente Lizeth Andrea Aria	5 0	Α	
identificado con C.C. N. 60001096 de	la ciudad de 💦	Bogota	
por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha info	ormado:	V	

**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.

Copperation and	11	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO HOPITALIZACION		DE
Consideration Extraction Extract		Original: 21/09/2016	Versión: 01	
Prince Personal Se	FR – HOIN - 04	Actualización: - / - / -	Página 2 de 3	

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

## **CONFIDENCIALIDAD**

Nombre del medico

Toda la información que usted proporciones de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizara 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 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 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

CC. N. + OCCOS. 381

HUELLA

Nombre del testigo o responsable del paciente

C.C. N. - 80021096

HUELLA

HORDON APICONOMICON SERVICION SERV

del año

Registro

días del mes de