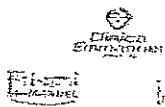


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC			
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE					
TIPO DE DOCUMENTO		Cedula	NUMERO DE DOCUMENTO	91350332	GENERO
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
Rubiano		Mila	Flores Marina		EDAD
FECHA DE NACIMIENTO		04-04-1957	LUGAR DE NACIMIENTO	Boaota	ESTADO CIVIL
DIRECCION		Centro (Cocataurita)	BARRIO		CIUDAD
PACIENTE REMITIDO		SI	NO	IPS REMITENTE	Nueva EPS
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE					
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
Andres Rubiano		Cedula		1031 192 897	322 240972
PARENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
hijo		Indinero			Venezuela (Cocataurita)
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
Ivan Alexander Rubiano		Cedula		3312 919	3118453926
PARENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
hijo		Autotransporte			Centro (Cocataurita)
DIAGNOSTICOS DE PSIQUIATRIA					
OTROS DIAGNOSTICOS:					
MEDICO TRATANTE					
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA					
MEDICAMENTO					CANTIDAD
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
<p style="margin: 0;">Alejandro Navarro H. Especialista Psiquiatria Reg. Med. 254559/2010 C.C. 80076040</p>					
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE		CARGO		NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
AK					

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

Yo Andrés Rubiano mayor de edad, identificado con C.C. No 109142899 de la ciudad de Guatapurá, en calidad de responsable del paciente Florentino Rubiano identificado con C.C. No 41750332 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:

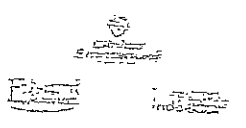
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 03
		Actualización: --/--	Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facabativa, 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 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 comprometo una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Flor Marina Rubiano Mila:

Firma del Paciente:

CC. o Huella:

41750332/B

Flor Marina Rubiano

Nombre del Paciente:

Andrés Felipe

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

ANDRÉS FELIPE RUBIANO MI
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

VC71142897
CC. o Huella:

hij
Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

NK
Nombre del médico

Cc

Andrés Navarrete H.
Especialista Psiquiatría
Reg. Med. 254559/2010
C.C. 80076040

Firma y sello
Registro profesional

1. The first part of the paper is a review of the literature on the topic of the paper. It discusses the various methods that have been used to study the topic and the results that have been obtained. It also discusses the limitations of these methods and the need for further research.