

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 12/Julio/18	HORA: 9+00	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: ANGELICA CRUZ A.
----------------------------	------------	---

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: T.I	NUM.DOC: 1006087671	GENERO: M.		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Gorman	Monder	Juan	Jose	15 años.
FECHA DE NACIMIENTO: 30 / Agost. / 2002.		LUGAR DE NACIMIENTO: Anzoategui Tolima.		
ESTADO CIVIL: Soltero.		OCUPACION: Estudiante.		
DIRECCION: Betulia Anzoategui.		TELEFONO: 3134337626.		
EPS: N.EPS.	BENEFICIARIO: x.	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE: Hospital San Juan de Dios.				

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Juan Alberto Gorman Holquin	5.842.197.	3134337626.	
PARENTESCO: Padre.	OCUPACION: Agricultor.	DIRECCION: Betulia Anzoategui.	
CORREO ELECTRONICO: No tiene.			

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
PARENTESCO:	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

 FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION	FR - HOIN - 04	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 Facatativá, traslado que se realizara por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

CONFIDENCIALIDAD

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 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:

JUAN JOSE GONZALEZ MENDOZA
 FIRMA DEL PACIENTE NOMBRE DEL PACIENTE
 CC. N. _____ HUELLA

X TUNO ALBERTO
 Firma del testigo o responsable del paciente Nombre del testigo o responsable del paciente
 C.C. N. 5842797 HUELLA

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 12 días del mes de Julio del año 2018

Nombre del medico Juan C. Aeller Hernandez
 C.C. N. 75064578 Registro profesional 15185