

Institucionalizado.

2

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO									
FECHA	HORA	HC	1072706214						
2015/9/22 DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	1072706214	GENERO	M	X	F		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE			EDAD		
Garcera		Sanchez		Jesus Daniel					
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL		OCUPACION		TELEFONO			
23-04-1995	Chiriquin	Soltero		Estudiante		3228297681			
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD		EPS		TIPO DE VINCULACION			
cliza# 16-19	Altamira.	TUNJA		Familiar		Beneficiario			
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	IPS REMITENTE						
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE									
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO			TELEFONO		
Miriam Sanchez		CC		39705793			3138231837		
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD			
Mamá	Amazacra			cliza# 16-19		Altamira/Tunja			
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO			TELEFONO		
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD			
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA									
Trastorno mental con alteración del comportamiento									
OTROS DIAGNOSTICOS:									
MEDICO TRATANTE									
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA									
MEDICAMENTO						CANTIDAD			
clonazepam 25mg TAB						1-1-1			
Cetametazolina 200mg tab						1-0-1			
Bisacodilo 5mg TAB						1-0-2			
Sertralina 100mg TAB						1-0-0			
Levomoproxima 4% 52 Logibay									
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE									
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE		CARGO		NUMERO DE DOCUMENTO		FIRMA			



Clínica
Emmanuel

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 1 de 3


Yo Myriam Samandá Sánchez mayor de edad, identificado con C.C. N° 391705743131 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Jesús Daniel Guerrero S identificado con C.C. N° 10727062141 de la ciudad de Chía, 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 psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento bajo hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. 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, un psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un 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 otro centro 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 mecánica por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el medico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

DERECHOS DEL PACIENTE:

- Calidad en la atención: Recibir la mejor atención disponible, con las mejores condiciones éticas y de calidad.

 <p>Clínica Emmanuel</p>	<p align="center">CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN</p>		
<p>F-SM/CM-004</p>	<p>Versión: 00</p>	<p>Fecha de emisión: 2015-12-09</p>	<p>Página 2 de 3</p>

- **Comunicación Clara:** Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.
- **Respeto:** Respeto por mi privacidad, intimidad e información suministrada
- **Confidencialidad:** Tener acceso a mi historia clínica y a que ésta sea manejada en forma confidencial
- **No discriminación:** Ser respetado y no ser discriminado por mi enfermedad, mi origen cultural o social, mi creencia religiosa, ideologías o mi orientación sexual
- **Explicación de costos:** Recibir la información necesaria y suficiente respecto a los costos del tratamiento.
- **Consentimiento informado:** No ser parte de ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin mi consentimiento informado.
- **Seguridad:** Tener las condiciones de seguridad y comodidad para el paciente
- **Redes Familiares:** A ser acompañado por familiares y/o amigos en los espacios y tiempos previstos para ello.

DEBERES DEL PACIENTE:

- **Información:** Suministrar la información requerida sobre mi estado de salud, de manera clara, veraz, y completa
- **Autorización:** Firmar el consentimiento informado y autorización de los procedimientos que lo requieran.
- **Convivencia:** Conocer y cumplir las normas de la Institución y del servicio en el cual me encuentro hospitalizado
- **Respeto:** Brindar un trato amable y respetuoso al personal de la Clínica, a los demás pacientes, a los familiares y allegados
- **Cuidado de recursos:** Cuidar y hacer uso racional de los recursos, dotación, servicios e instalaciones de la Clínica
- **Autocuidado:** Cuidar mi salud e integridad física y tomar conciencia de la necesidad de mi tratamiento
- **Responsabilidad Compartida:** Exigir el cumplimiento de mis derechos y de los demás pacientes
- **Cumplimiento al Tratamiento:** Seguir las recomendaciones del equipo terapéutico durante la hospitalización y al egreso cumplir el tratamiento ordenado
- **Veracidad:** Reportar todas las novedades en mis datos de identificación, teléfono, dirección, o entidad aseguradora.

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.



Clinica
Emmanuel

F-SM/CM-004

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 3 de 3

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:

JESUS DANIEL GUERRERO

Nombre del Paciente:

Jesús Daniel Guerrero S.

CC. o Huella:

1'072760214.

Firma del Testigo o Responsable del Paciente:

Mirya Samanta Sanchez

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente:

Mirya Samanta Sanchez

CC. o Huella:

34'305793470.

Relación con el paciente:

madre.

El paciente no puede firmar por:

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