

# 112487

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

23-08-18

FECHA 20/21 HC 79401132

## DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	79401132	GENERO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO	Bohórquez	SEGUNDO APELLIDO	Jiménez	NOMBRE	Juan Alexander
FECHA DE NACIMIENTO	23-Julio-1966	LUGAR DE NACIMIENTO	Bogotá	ESTADO CIVIL	soltero
DIRECCIÓN	Cll 23ABU #85A-75	BARRIO	Modelia	OCCUPACIÓN	Estilista
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IPS REMITENTE	IPS Remite Apenda	EDAD	52 años
TIPO DE VINCULACIÓN					

## DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
Maria Stella Jiménez	CC	41.394.316	3144451431
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
Mamá	Pensionada	N/A	Cll 23ABU #85A-75 Modelia
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION

## DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

OTROS DIAGNOSTICOS:

MEDICO TRATANTE

## MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

## HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE  
INGRESA AL PACIENTE

CARGO

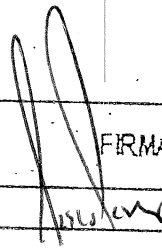
NUMERO DE  
DOCUMENTO

FIRMA

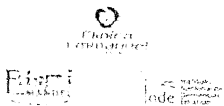
Pablo Pérez

Médico

119564644





	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES</b>	
	FR – HOFA – 01	Original: 02/05/2018 Actualización: --/--/----
		Versión: 01 Página 1 de 3

Yo Maria Stella Jimenez Barrantes mayor de edad, identificado con C.C. N° 41394316 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Luis Alexander Bohórquez Jimenez identificado con C.C. N° 79401132 de Bogotá, por medio del presente autorizo al Consorcio Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de Rehabilitación 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.

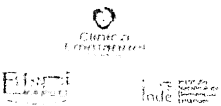
**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le administrarán medicamentos que de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo todos los fármacos administrados por cualquier vía pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, estos van 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 del Programa de Adicciones "Renacer" 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.



	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES</b>	
	FR – HOFA – 01	Original: 02/05/2018 Actualización: --/--/----

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.

Su ingreso al Programa Renacer es **VOLUNTARIO**, al firmar este documento acepta y acata el Manual de Convivencia, las fallas o incumplimientos son motivos de Expulsión del Programa.

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 programa y firmo a continuación:

Firma del Paciente:

Nombre del Paciente:

CC. o Huella:

*Maria Stella Jimenez*

*Quiana*

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

*41394316 de Bogotá*

*MADRE*

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: \_\_\_\_\_

Se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

*Pablo Perez*

Nombre del médico

Cc *1129564644*

*Pablo A. Perez Rodriguez*  
MÉDICO GENERAL  
R.M. 1129564644

Firma y sello

Registro profesional

