

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	90257703	Fecha Notificación	11/05/2018		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANTAS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	11/05/2018		

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

Habilitación	110012527501	Teléfono	7433693		
Dirección	CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato	3235296				
Tipo de Identificación	CC	Número	1032473199	Nombre	LAURA ANDREA LAVERDE MONTAÑO
Fecha de Nacimiento	05/06/1995	Antigüedad	117 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO A		
Dirección	Calle 24C # 44-26	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia	8614640	Tel. Opcional	8614640	Correo electronico	la.laverde10@icloud.com

REMITENTE

800149384 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

Habilitación	110010918630	Teléfono	7436767
--------------	--------------	----------	---------

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F412	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención	HOSPITALIZACION	Guía	
Tipo de Orden Médica		Número de entrega	1
		Tipo de Recobro	

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1005453	ESTANCIA PSIQUIATRICA	1005453-ESTANCIA PSIQUIATRICA	5	0		

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
INFORMACIÓN ADICIONAL:

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: RECAUDAR POR CONCEPTO DE COPAGO EL: 11,5% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA GRUPO A

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: DEPRESIÓN S/A ESTANCIA POR 5 DÍAS FECHA DE INGRESO 11-05-2018

CUOTA MODERADORA 0



CANTIDAD BONOS 0

COBERTURA USUARIO

Autorizado Por:	JOHANNA MARCELA ZULUAGA MEJIA
Cargo:	NIVEL 4 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Telefono:	6466060

Recibido

VALIDO POR	120 Días	DESDE	11/05/2018	HASTA	07/09/2018
COPIA 1					

 	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFO HOSPITALIZACION	
	FR - HOIN - 01	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----

Yo Dolly Montano mayor
 identificado con C.C. N° 1 de la ciudad de _____, e.
 de responsable del paciente Laura Andrea Laverde Montano
 identificado con C.C. N° 1.032.473.199 de Cajica, por medio de.
 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.