



Yo Sagrario Jimenez mayor de edad, identificado con
CC. N° 39660369 como responsable del
paciente Sonia Carolina Rodriguez Jimenez identificado con C.C
N° 36394225, autorizo al Instituto Nacional de Demencias Emanuel para la realización del
procedimiento de atención integral en el programa de AVD (Actividades de la Vida Diaria), teniendo en cuenta
que se me ha informado:

- 1) Los objetivos, características y beneficios de llevar a cabo este proceso, así mismo como las limitaciones de éste y posibles riesgos que se pueden presentar.
- () Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, producto de la patología del paciente, efectos secundarios de la medicación, también producto de una alimentación o hidratación inadecuada e incluso producto de la misma jornada de trabajo y la fatiga que esta puede producir. Estas circunstancias enmarcadas dentro de la disautonomía del sistema nervioso, como por ejemplo cambios en la presión arterial y en los niveles de glucosa en sangre, náuseas, vómito, diarrea, mareos, desmayos, disminución en el rendimiento cognitivo y físico.
- 3) La posibilidad que durante el desarrollo de las actividades y terapias contempladas al interior del tratamiento se pudieran presentar situaciones imprevisibles o inesperadas, por la toma diaria de tensión arterial, medición de glucosa, lavados nasales, cambios de pañales entre otros.
- 4) La posible aparición de signos consecuentes a actividades terapéuticas tales como hematomas por masaje manual, enrojecimiento o alergia a causa de electro estimulación o por contacto con material terapéutico, fatiga muscular por actividad física u otros factores que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otros procedimientos terapéuticos o médicos.
- () 5) Que los procedimientos que se llevan a cabo dentro de la institución buscan la beneficencia y no maleficencia de los consultantes, y que las acciones terapéuticas que se llevan a cabo están enmarcadas dentro de los lineamientos legales establecidos para el trato con pacientes, así mismo las directrices éticas establecidas para los casos.
- 6) Los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.
- 7) 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 y que no se me han garantizado los procedimientos terapéuticos, 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: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: Señal carolina Rodríguez

CC. O HUELLA: 35394225

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Sagrario Jimenez

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Sagrario Jimenez

CC. O HUELLA: 39640349

RELACIÓN CON EL PACIENTE: mamá

El paciente no puede firmar por:

paciente no firma por su discapacidad

Se firma a los 26 días del mes de Abril del año 2018

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: _____

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: _____

FECHA:

DIA:

26

MES:

of

AÑO:

2018

Yo Zagardo Jimenez mayor de edad, identificado con
 Numero de documento 39660369 de Bogota como responsable del
 paciente Sonia Carolina Rodriguez Jimenez identificado con C.C
 N° _____ hago constar que el Instituto Nacional de Demencias Emanuel me dio a conocer
 los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin
 embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Al firmar este documento reconozco que se me ha informado y explicado, que comprendo perfectamente los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Deo mi consentimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Sagrario Jimenez

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Sagrario Jimenez

CC. O HUELLA: 39640369

RELACIÓN CON EL PACIENTE: mamá

CORREO ELECTRONICO:

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: _____

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN:

()

(

|