

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 30/Sept/18	HORA: 11:30	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Angelica Cruz A.
---------------------------	-------------	---

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC	NUM.DOC: 10530683	GENERO: Masculino
PRIMER APELLIDO: Ocampo	SEGUNDO APELLIDO: Pardo	PRIMER NOMBRE: Fernando
		SEGUNDO NOMBRE: EDAD: 61 años
FECHA DE NACIMIENTO: 14/Sept/1957		LUGAR DE NACIMIENTO: Bogota
ESTADO CIVIL: Union Libre		Ocupacion: Hogar
DIRECCION: Calle 56c # 71-F35 Sur		TELEFONO: 7761495
RANGO EPS: A		
EPS: Santas	BENEFICIARIO: x	COTIZANTE
SUBSIDIADO		CONTRIBUTIVO: x
IPS QUE REMITE: Santas Puente Aranda		

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

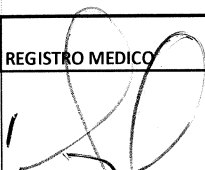
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Helena Patricia Ocampo	52878105	7754377	3112893183
PARENTESCO: Hija	Ocupacion: Hogar	DIRECCION: Calle 56c # 71F-34 Sur	
CORREO ELECTRONICO: jdppaty2@hotmail.com			
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Manuel Fernando Ocampo			3223917153
PARENTESCO: Hijo	Ocupacion:	DIRECCION:	
CORREO ELECTRONICO:		# 127675	

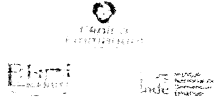
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

--

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Andrés C. Reyes	Medico	322411		

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

Yo Helena Patricia Ocampo mayor de edad, identificado con C.C. Nº 52.878.105 de la ciudad de Bta., en calidad de responsable del paciente Fernando Ocampo Pardo identificado con C.C. Nº 10530683 de Bta., 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:

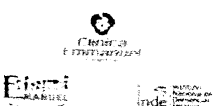
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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.

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES				
	FR - HOFA - 01	<table border="1"> <tr> <td>Original: 02/05/2018</td> <td>Versión: 01</td> </tr> <tr> <td>Actualización: --/--/----</td> <td>Página 3 de 3</td> </tr> </table>	Original: 02/05/2018	Versión: 01	Actualización: --/--/----
Original: 02/05/2018	Versión: 01				
Actualización: --/--/----	Página 3 de 3				

DISENTIMIENTO

Después de haber recibido la información, de haber preguntado decido no hospitalizar a

_____ con cc _____

Conozco y me fueron explicados los riesgos de no aceptar la hospitalización y asumo la responsabilidad de llevarme a mi familiar.

Firma del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____

CC. o Huella: _____

HELENA PATRICIA Ocampo

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

HELENA PATRICIA Ocampo

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

52' 878 105 Btz

CC. o Huella:

Hija

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

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

ANDRÉS CESAR NOGUIN

Nombre del médico

CC.

Firma y sello

Registro profesional