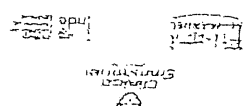


10/08/18

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC				
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE						
TIPO DE DOCUMENTO	CC.	NUMERO DE DOCUMENTO	1023953378	GENERO	M	F X
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD	
MACIAS	VIRGUEZ		DIANA JUOTH		21 años	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCCUPACION	TELEFONO		
05/Ago/1996	Bogota	Union Libre	Hogar	3203010828		
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION		
Cra 80 # 65A-91	Villa Luz	Bogota	Sanitas	Beneficiaria		
PACIENTE REMITIDO	SI X	NO	IPS REMITENTE	Hospital de Enquetiva.		
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE						
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO		
Maria Consuelo Virquez		CC	51764263	3203020828		
PARIENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD		
Madre	Empleada	---	Cra 80 # 65A-91	Villaluz/Bta.		
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO		
PARIENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD		
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA						
Evento.						
# 95331						
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		
Jairo Garay M		MED GENERAL	102819542	Jairo Garay M		

		FR - HOIN - 04
FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION		Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----
Versión: 01		Página 1 de 3

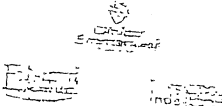
Yo Maria Consuelo Vargas Bravo identifico con C.C. No 51364263 de la ciudad de Bojota en calidad mayor de edad, de responsable del paciente Diana Judith Vargas de Bojota por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuella a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención al paciente, teniendo 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 asistentes 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, que 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		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----	Versión: 03 Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatative, 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.

Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede desistir en 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 comprometo 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: Donatellacia J  
 CC. o Huella: 023953378  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: Consuelo Virgüen  
 Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: \_\_\_\_\_

CC. o Huella: 51764 263 BTW  
 Relación con el paciente: madre

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

Se firma a los 10 días del mes de JULIO del año 2018

Nombre del médico: Jairo Garay M  
 Cc: 1102819542  
 Firma y sello: Jairo Garay M  
 Registro profesional: \_\_\_\_\_

