

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 16/07/2018 HORA: 17+00. PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Angelica Cruz A.

## DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC NUM.DOC: 1.069.734.482 GENERO: M.

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Gonzalez	Pardo	Elkm	Andrey	27 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 31 / DIC / 1990 LUGAR DE NACIMIENTO:

ESTADO CIVIL: Soltero OCUPACION: Hogar.

DIRECCION: Cra 7A #25-22 Fusagasugá TELEFONO: 3103076939. RANGO EPS: 1

EPS: Famisanar. BENEFICIARIO X. COTIZANTE SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO

IPS QUE REMITE: Clinica Cisne.

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

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Edgar Fernando Gonzalez	11378.345		3103076939.

PARENTESCO: Padre OCUPACION: Independiente DIRECCION: Cra 7A #25-22.

CORREO ELECTRONICO: efgonzalez54@misena.edu.com.

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL

PARENTESCO: OCUPACION: DIRECCION:

CORREO ELECTRONICO:


## MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

## HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Juan Lopez	psiquiatra	93371229	[Firma]	7800/94.



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

Yo Edgar Fernando González R, mayor de edad, identificado con C.C. N. 11 378 845 de la ciudad de 799a, en calidad de responsable del paciente Elkin Andrey González Rojas identificado con C.C. N. 1 06 9 734 482 de la ciudad de 799a, por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

**INFORMACION:** 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 atienden le informaran oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como los tratamientos que se lleven a cabo dentro de esta unidad hospitalaria.


**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le administraran 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, 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 seré 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 contención física (inmovilización) por un lapso que no exceda las 2 horas, tiempo en el cual el medico asignado tomara 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, bronco aspiración, 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 ayudara en el proceso terapéutico del paciente.



	<b>FORMATO</b>		<b>CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO</b>	<b>INFORMADO</b>	<b>DE</b>
	<b>HOPITALIZACION</b>				
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016		Versión: 01	
		Actualización: - / - / -		<b>Página 2 de 3</b>	

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, traslado que se realizara 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 ha informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se 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 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

CC. N. \_\_\_\_\_

HUELLA

NOMBRE DEL PACIENTE

Firma del testigo o responsable del paciente

C.C. N. \_\_\_\_\_

Nombre del testigo o responsable del paciente

HUELLA

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

Se firma a los 16 días del mes de 7 del año 18

Nombre del medico

C.C. N. \_\_\_\_\_

Registro

**Dr. Juan Manuel López Peña**  
Médico Psiquiatra  
R.M. 7860194 C.C. 93371229

