

Solicitada el: 20/03/2018 11:37 N° Solicitud: NO REPORTADO  
 Autorizada el: 16/04/2018 11:42 N° Autorización: (POS) 231-36180092  
 Impresa el: 18/04/2018 15:34 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 52825514 VELA FORIGUA ANGELA YOHANNA

Edad: 39.6.15 Fecha Nacimiento: 01/10/1978 Tipo Afiliado: BENEFICIARIO (A)  
 Dirección Afiliado: CALLE77N13A36 Departamento: DISTRITO CAPITAL(11) Municipio: BOGOTA(001)  
 Teléfono Afiliado: 1-6499300 Teléfono celular: 3102183011  
 Correo Electrónico:

Solicitado por: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S

Nit: 900359092-4 Código: 110012151501  
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departamento: DISTRITO CAPITAL(11) Municipio: BOGOTA(001)  
 Teléfono: 1-6334257 - 3173648950  
 Ordenado: MALEN ELIANA REINA JIMENEZ

Remitido a: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S

Nit: 900359092-4 Código: 110012151501  
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departamento: DISTRITO CAPITAL(11) Municipio: BOGOTA(001)  
 Teléfono: 1-6334257 - 3173648950

Ubicación Paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según Guía:

Código	Cantidad	Descripción Servicio
PROPIAS-S12802	5	INTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DIA)

Estancia de 5 día(s) desde el 16/04/2018 por INTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DIA) [S12802]

OM 20/03/2018

[ AUTORIZACION EN FORMATO PDF. VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

Afiliado cancela de Copago el 11.5% del valor de la atención, y hasta \$224,216

Firma Afiliado o Acudiente

E.P.S. FAMISANAR

Autorizador

JUAN CARLOS PARRA ESPITIA

Cargo o Actividad:




PROF GESTOR DEMANDA POBLACION GESTANTE

Valido por 60 días a partir de la fecha de autorización.

Esta autorización es notamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.




Registro Impreso por: RODRIGO CETINA LOPEZ

Referencia - Cuenta Médica: 231-46626620

  	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
	FR – THSA – 13	Original: XX/05/2013 Actualización:

Yo - JORGE JOSE VELA IZQUIERDO  
 identificado con C.C. N° - 2.963.492 de la ciudad de BOGOTÁ  
 de responsable del paciente - ANGELA JOHANNA VELA FLORES  
 identificado con C.C. N° - 52.825.514 de la ciudad de BOGOTÁ  
 del presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso  
 día), teniendo en cuenta que se me ha informado:

- 1) Los objetivos, características y beneficios de llevar a cabo este procedimiento, así como las limitaciones de éste y posibles riesgos que se pueden presentar.
- 2) La posibilidad que durante el desarrollo de las actividades y terapias de tratamiento se pudieran presentar situaciones imprevisibles o inesperadas en las intervenciones terapéuticas realizadas.
- 3) La posible aparición de signos consecuentes a actividades terapéuticas, tales como: dolor por contacto con material terapéutico, fatiga muscular por actividad física, entre otros, lo que requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otros procedimientos o médicos.
- 4) Que los procedimientos que se llevan a cabo dentro de la institución, son libres de maleficencia de los consultantes, y que las acciones terapéuticas son enmarcadas dentro de los lineamientos legales establecidos para el tratamiento, y las directrices éticas establecidas para los casos.
- 5) Los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de garantizar una atención segura, sin embargo reconozco que los problemas de seguridad de la atención en salud.
- 6) Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria y consciente, en el caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto implica para el paciente.
- 7) Que durante la permanencia en el programa se pueden presentar efectos secundarios que beneficien de intervención farmacológica de acuerdo al concepto del médico tratante para brindar contención de síntomas como parte del quehacer médico.

  	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
	FR – THSA – 13	Original: XX/05 Actualización:

Al firmar este documento doy constancia de que se me han informado y entendido los riesgos y beneficios de la intervención, así mismo que se me ha dado la oportunidad de plantear las dudas y han sido resueltas de manera clara y satisfactoria. De la misma manera, entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados, pero sí el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiere de un medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la continuación:

FIRMA DEL PACIENTE:

ANUELA

NOMBRE DEL PACIENTE:

ANUELA JOHANNA VELA TORQUEMADA

CC. O HUELLA:

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

JORGE YECID

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

JORGE YECID

CC. O HUELLA:

\_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

PADRE

El paciente no puede firmar por:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Se firma a los 26 días del mes de ABRIL del año 2020