

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 09-10-2018 HORA: 01+06 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Jorg Vaneqos

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC NUM.DOC: 1030950755 GENERO: Femenino

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Barbosa	Carmona	Simna	Mossiel	30a

FECHA DE NACIMIENTO: 03-06-1988 LUGAR DE NACIMIENTO: Bogota

ESTADO CIVIL: Soltera OCUPACION: Docente

DIRECCION: Calle 1E # 3-54 Jm Rafael Faza TELEFONO: 3118766077 RANGO EPS: A

EPS: Familiar BENEFICIARIO: Faza COTIZANTE: X SUBSIDIADO: CONTRIBUTIVO: X

IPS QUE REMITE: Clinica Santa Ana

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Victor Hugo Barbosa	3108688	8914377	3118766077

PARENTESCO: Papá OCUPACION: Docente DIRECCION: Calle 1E # 3-54 Jm Rafael Faza

CORREO ELECTRONICO:

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
Pablo Perez	Mexico	1129564644		Pablo A. Perez Rodriguez MEDICO GENERAL R.M. 1129564644

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

Yo Victor Hugo Barbosa mayor de edad, identificado con C.C. N. 3108688 de la ciudad de Nocaima, en calidad de responsable del paciente Ginna Massiel Barbosa Concha, identificado con C.C. N. 1070950755 de la ciudad de Facativilla, 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

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


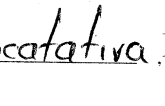
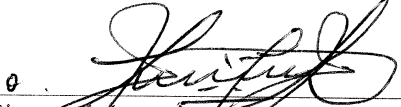

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, traslado que se realizara por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted proporcione de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizara 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.

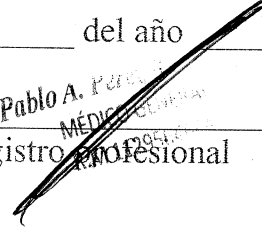
Comprendiendo estas limitaciones doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

 FIRMA DEL PACIENTE CC. N. <u>1070950755 de Facatativa</u>	 HUELLA	<u>Ginna Massiel Barbosa Canción</u> NOMBRE DEL PACIENTE
 Firma del testigo o responsable del paciente C.C. N. <u>3108688</u>	 HUELLA	<u>Victor Hugo Barbosa</u> Nombre del testigo o responsable del paciente

El ☐ paciente ☐ no puede firmar por:

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

Nombre del medico Pablo Perez
 C.C. N. 1129564644


 Registro Profesional