DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO					
FECHA INGRESO: 30-09-18	HORA: 19+47	PERSONA QUE REALIZA INGRESO	: YURA Var	പ്പോ	
DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE					
TIPO DOCUMENTO:	TIPO DOCUMENTO: TI NUM.DOC: 1013.090		1.501 GENERO: Femenino		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	
Pardo	Sanchez	Hazly	Hasbleidy	14a	
FECHA DE NACIMIENTO : 29- (14-2004	LUGAR DE NACIMIENTO:	opta.		
ESTADO CIVIL:	sollera.	OCUPACION:	estadiante	·	
DIRECCION: DIQ 64 615	#19A-81.	TELEFONO:	7927399	RANGO EPS:	
EPS: Sanitas.	BENEFICIARIO	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO X	
IPS QUE REMITE: Poente	Aranda				
DATOS	ASI DECDONG ADIE W/O				
DATOS D	DEL RESPONSABLE Y/O	REPRESENTANTE LEG	GAL DEL PACIENTE	T	
NOMBRES CO		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL	
Yalima Saina	hez Rubiano	52.163.809	792 7399	3142569573	
PARENTESCO: Management	ocupacion: magandien	DIRECCIONDO 646	15 # 19 A-3	3-1	
CORREO ELECTRONICO:		•			
NOMBRES CO	OMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL	
	; ;	:			
PARENTESCO:	OCUPACION:	DIRECCION:			
CORREO ELECTRONICO:					
1	MEDICAMI	ENTOS QUE ENTREGA		AMINAU PROPERTY AND	
MEDICAMENTO		:	CANTIDAD		
		:			
		:			
	1 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	:			
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
		DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO	
parenos no c	essas Notea	u medico		322411	

Consumeration Consumeration From Soft State of S	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION		
Communication of Communication	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
inde Emercia		Actualización: - / - / -	Página 1 de 3

Yo Yoling Sanchez	mayor de edad, identificado con
C.C. N. <u>57 /63 869</u> de la ciudad de	Bosota, , en calidad de
responsable del paciente Vazly Pardo	
identificado con C.C. N. 10 13099501	_ de la ciudad de <u>Booota</u> ,
por medio del presente, teniendo en cuenta que se me h	na 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.

Construction Elevatories Extractions and	FORMATO HOPITALIZACI	CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO ION	INFORMADO	DE
William Commence of the Commen	ED HOIN 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01	
**************************************	FR - HOIN - 04	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 proporciones 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 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	CIENTE		
Firma del testigo o responsable del paciente C.C. N		Nombre del te HUELLA puede	estigo o responsable d firmar	el paciente	
Se firma	a los días d	del mes de	del	 Laño ,	
Nombre o	del medico 10 m/1	Mbs c oss	18 ROMIN	1	- - /