DIRECTION BARRIO CIUDAD B'S TIPO DE DIRECTION BARRIO CIUDAD B'S TIPO DE PACIENTE LEGAL DEL PACIENTE DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE DARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA MEDICAMIENTO CANTEGA MEDICAMIENTO CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE	
PRIMER APELLIDO SEGUNDA APELLIDO NOMBRE PECHA DE NACIMIENTO PERCHÓN DE NACIMIENTO PERCHÓN BARRIO CUDAD DIRECCIÓN BARRIO CUDAD PACIBITE REMITIDO SI X HC IPS REMITIBITE DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO PARBITESCO OCUPACION CORREO BLECTRON CO DIRECCIÓN BARRI NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO PARBITESCO OCUPACION CORREO BLECTRON CO DIRECCIÓN BARRI NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE PARBITESCO CCUPACION CORREO BLECTRON CO DIRECCIÓN BARRI TROS DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA HEDICAMIENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	OAP
PRIMER APELLINO SEGUNDA APELLINO NOMBRE PECHA DE NACIMIENTO PEUGARDE NACIMENTO DESCRIÓN BARRIO CIUDAD DESCRIÓN BARRIO CIUDAD PAGIBITERENTIDO SI MC PES REMITIBITE DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO PARBITESCO OCUPACION CORREO BLECTRON CO DIRECCIÓN BARRI PARBITESCO COUPACION CORREO BLECTRON CO DIRECCIÓN BARRI PARBITESCO COUPACION CORREO BLECTRON CO DIRECCIÓN BARRI DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE	M F
FECHA DE NACIMIENTO PUBLICAMENTO ESTADO CIVIL COLPACIÓN TE ISCALO - 1966 Alban. Solvero Hogor Signa Dirección Barrio Ciudad PS TIPO DE DIRECCIÓN BARRIO CIUDAD PS TIPO DE PACIENTE PACIENTE PACIENTE PACIENTE PACIENTE PACIENTE PACIENTE PACIENTE PACIENTE NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TE PARENTESCO CUPACIÓN CORREO ELECTRONICO DIRECCIÓN BARRIO PARENTESCO: CCUPACIÓN CORREO ELECTRONICO DIRECCIÓN BARRIOS DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA. HEDICO TRATANTE MEDICAMENTO QUE ENTREGA MEDICAMENTO CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE	EDAD
DIRECTION BARRIO CLUDAD PS THRO DE DIRECTION BARRIO CLUDAD PS THRO DE PAGIBITE PAGIBITE DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE PARBITESCO DEL PACIENTO CORREO BECTRON CO DIRECCION BARRIO NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE PARBITESCO: CCUPACION CORREO BECTRON CO DIRECCION BARRIO NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE PARBITESCO: CCUPACION CORREO BECTRON CO DIRECCION BARRIOS DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA PARBITESCO: CCUPACION CORREO BECTRON CO DIRECCION BARRIOS DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA MEDICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	50
DIRECTION BARRIO CIUDAD PS TIPO DE TIRE (ELE #1A 1000 MILICIA ALOR) TOCCHETURA SENTENS PAGIBITE REMITIDO SI X NO IPS REMITENTE DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMERE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE AN HOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE PARENTESCO CUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO NUMERO DE DOCUMENTO TE PARENTESCO: COUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO DIAGNOSTICOS DE SKOULATRIA TROS DIAGNOSTICOS: EDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE TATANDE CASAS A JULIARRA ALBITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE	LEFOHO .
THE FELL #1A WOUNT VILLA A LOCAL TOTAL CONTROL TO THE PACIBITE PROTECTION OF THE PACIBITE RESIDENCE OF THE SPONS ABILE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMERE Y XPELLIDOS COMPLETOS TI FO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIONO REPORTANTO PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIONOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TI FO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE PARBITESCO: COUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIO PARBITESCO: COUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIO DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA. ROS DIAGNOSTICOS: EDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	2000
PAGENTERMITION SIX NO PER PRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO TE PARENTESCO OCUPACIONI CORREO ELECTRONICO DIRECCIONI BARRI NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO TE PARENTESCO: CCUPACIONI CORREO ELECTRONICO DIRECCIONI BARRI NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO TE PARENTESCO: CCUPACIONI CORREO ELECTRONICO DIRECCIONI BARRI BIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA MEDICAMENTOS QUE ENTREGA. MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONIDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE TATANDOS CASAS A.	VINCULACIO
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO TE AL HOMOR GARDON CO. DOSOS 3330 PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARR NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO TE PARBITESCO CCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARR DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA ROS DIAGNOSTICOS: BICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE TATANDE CASAS A. Jalances DEL PACIENTE	onle
NOMERE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO PARENTESCO OCUPACION CORREGO ELECTRONICO DIRECCION BARRE PARENTESCO OCUPACION CORREGO ELECTRONICO DIRECCION BARRE NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA ROS DIAGNOSTICOS MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE TATANAS CASAS AL QUE	
PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TE PARENTESCO: OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA ROS DIAGNOSTICOS: BICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE TATANDO CANTIDA TATANDO CANTIDA TOTALDO CANTIDA T	· ·
PARENTESCO OCUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARR HOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO PARENTESCO: OCUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARR PARENTESCO: OCUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARR DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA ROS DIAGNOSTICOS: EDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE TATANAS CASAS A A CARROS TATANAS CASAS A A CARROS TATANAS CASAS A A CARROS TORRED ELECTRONICO DIRECCION BARR CANTIDA TORRED ELECTRONICO DIRECCION BARR TORRED ELECTRONICO DIRECCION BARR CANTIDA DIAGNOSTICOS TENDOS PARENTESCO: DIRECCION BARR TORRED ELECTRONICO DIRECCION BARR CANTIDA DIAGNOSTICOS DIRECCION BARR TORRED ELECTRONICO DIRECCION DIRECCION DIRECCION BARR TORRED ELECTRONICO DIRECCION TORRED ELECTRONICO TORRED ELECTRONICO DIRECCION DIRECCION DIRE	EF040 .
HELMONG RECTOR W3-RECTOR SOLVED TO THE DESCRIPTION OF THE DESCRIPTION OF THE PARENTESCO. PARENTESCO: CCUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARR DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA ROS DIAGNOSTICOS: BICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE MADICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	
PARENTESCO: CCUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCIÓN BARR DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA ROS DIAGNOSTICOS: MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE 1. ATUALE CUSAS A AU Que q	OKINDAD.
PARENTESCO. CCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCIÓN BARR DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA ROS DIAGNOSTICOS: BICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE TAYLANDE C CISAS A JULIARY S	Ceveres EFOMO
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA ROS DIAGNOSTICOS: EDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE 1. A L Que q	2, 540
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA ROS DIAGNOSTICOS: BICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE 1. Aquado Casas A. Jalanear 9	CATITAD
ROS DIAGNOSTICOS: DICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDIC AMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE 1 Aguar 3	
EDICO TRATANTE MEDICAMENTO QUE ENTREGA. MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE 1 Africado Casas A. Al Quedos y	
EDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA. MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE 1 Aquado casas a falloceros	
EDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA. MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE TAMANDO CUSAS A. Al Queder 9	· Section and the section of the sec
MEDICAMENTO CANTIDA MEDICAMENTO CANTIDA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE 1. MEDICAMENTO CANTIDA CANTIDA L'ABORDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE	
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE 1/1/12/20 C CASAS A. In olevar 9	
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE 1. Mala casas a del accor s	
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE Influde a casas a follower of	<u> </u>
Myrado e Cisis A. Al occar o	
Myrado e Cisis A. Il occar o	
Myrade cases a. In occar o	
Myrade cases a. In occar o	
Myrade cases a. In occar o	
DMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	
GRESA AL PACIENTE DOCUMENTO FIRMA	

30 OUW

V

	FORMATO GOVERN			
€>	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE			
Clinica Emragnius		HOSPITALIZACION		
Filter inde com	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01	
	1	Actualización:/-/	Página 1 de 3	
40 Lur Hanno Collan Habech				
identificado con C.C. No 20515303 de la ciudad de Facota huy, en calidad				
de responsable del paciente Mania Claudio Gartais Salueto				
identificado con C.C. No 35521376 de Tracorbhir por medio del				
presente autorizo a la Clínica Emmanuel 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 segundarios 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 asistenciales 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-médicoasignado 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, qué 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 Versión: 0)
Actualización: -/-/- Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativa, 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 uma 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

Firma del Paciente:	
CC. o Huella:	Nombre del Paciente:
Lur Hauen Justan!	
Firma del Testigo o Responsable del Paciente	THE WASHINGTON STREET, THE SERVEY AND THE SERVEY AN
	Nombre del Testigo o Responsable del Pacente
20×25303	* 1
CC. o Huella:	Humano.
El paciente no puede firmar por:	Relación con el paciente:
Se firma a los días del mes de	
	del año
1 AMNW Cerry	2 / 022
Nombre del médico	AND COMMENT OF THE PARTY OF THE
Cc	Firma y sello
	Registro profesional