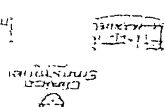


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO									
FECHA		HORA		HC					
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
TIPO DE DOCUMENTO		T-I		NUMERO DE DOCUMENTO		1.007.794.237		GENERO	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD			
TORRES		MARQUEZ		Diego Andres		17 años			
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		OCCUPACION		TELEFONO	
10 / Sept. / 2000		Bogota		Soltero		Estudiante		3102346752	
DIRECCION		BARRIO		CIUDAD		EPS		TIPO DE VINCULACION	
Calle 19 # 119 - 27		Fontibon Bohia		Bogota		Famisanar		Beneficiario	
PACIENTE REMITIDO		SI		X		NO		IPS REMITENTE	
						Rusbeth Instituto			
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE									
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO			
OMAR TORRES		CC		39.47028		3102346752			
PARENTESCO		OCCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD	
Padre		Soldador		dtt3102346752@hotmail.com		Bohios		Bogota	
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO			
PARENTESCO		OCCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD	
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA									
F322									
OTROS DIAGNOSTICOS:									
MEDICO TRATANTE									
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA									
MEDICAMENTO						CANTIDAD			
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE									
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE		CARGO		NUMERO DE DOCUMENTO		FIRMA			
Juan Manuel Lopez		psiquiatra		93371229		[Firma]			

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

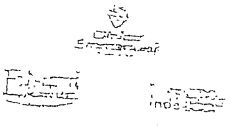
Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_, en calidad de responsable del paciente \_\_\_\_\_ identificado con C.C. No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención al paciente, teniendo en cuenta 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 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, psiquiatra, psicólogo(a), trabajador social, terapeuta ocupacional, médico general y personal de enfermería, cada uno interviene 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 asistentes 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 médico asignado 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, que 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 HOSPITALIZACIÓN	
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----
		Versión: 03 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 la 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 una ciencia exacta, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero comprometo una actividad de medio, pero no de resultados.

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

*Diego Torres*

Firma del Paciente:

CC. o Huella: 1007794237

*Diego Torres*

Nombre del Paciente:

*Omar Torres*

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

*Omar Torres*

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

3947028

CC. o Huella:

*Papa*

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 14 días del mes de 07 del año 18

Nombre del médico  
Cc

**Dr. Juan Manuel López Peña**  
Médico Psiquiatra  
R.M. 7860/94 C.C. 93371229

Firma y sello  
Registro profesional

