

Institucional

Clinica
Emmanuel

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC	1.016.065.782		
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE					
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	1.016.065.782	GENERO	M / F
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE		EDAD	
Ordoñez	Murcia	Camila Alexandra		21	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	TELEFONO	
19-04-1997	Bogotá	Soltera	Desante	4154626	
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION	
Calle 22 N° 113-46	Pantibon	Bogotá	Famisanar	Bm eludri	
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	IPS REMITENTE		

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
Paula Edith Murcia	CC	51678678	311 258 4262	
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
Madre	Empleada	murcia.edith@gmail.com	Calle 22 N° 113-46	Pantibon Bogotá
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
Yago Ramiro Ordoñez	CC	79 293159	311 260 2192	
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
Padre	Empleado	chepnachooi@seguir.com	Calle 22 N° 113-46	Pantibon Bogotá

DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

Kórtico Mental leve-moderado - Trastorno Comportamental Asociado
OTROS DIAGNOSTICOS:

MEDICO TRATANTE

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD
Amoxicilina Tableta x 75 miligramos	0 - 0 - 0
Clonazepam Tableta x 100 miligramos	1 - 1 - 1
Alprazolam Tableta x 250 miligramos	2 - 1 - 1
Clonazepam ampolla x 10 miligramos	en caso de urgencia

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA



Clínica
Emmanuel

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 1 de 3


Yo Paula Edith Muñoz Varela mayor de edad, identificado con C.C. N° 51-618-678 de la ciudad de Bogotá en calidad de responsable del paciente Carlo Alexander Ordoñez Ofarín identificado con C.C. N° 1016065782 de la ciudad de Bogotá, 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 psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento bajo hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. 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, un psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un 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 otro centro 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 mecánica por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el medico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

DERECHOS DEL PACIENTE:

- Calidad en la atención: Recibir la mejor atención disponible, con las mejores condiciones éticas y de calidad.

 <p>Clínica Esperanza</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN</p>		
<p>F-SM/CM-004</p>	<p>Versión: 00</p>	<p>Fecha de emisión: 2015-12-09</p>	<p>Página 2 de 3</p>

- * Comunicación Clara: Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.
- * Respeto: Respeto por mi privacidad, intimidad e información suministrada
- * Confidencialidad: Tener acceso a mi historia clínica y a que ésta sea manejada en forma confidencial
- * No discriminación: Ser respetado y no ser discriminado por mi enfermedad, mi origen cultural o social, mi creencia religiosa, ideologías o mi orientación sexual
- * Explicación de costos: Recibir la información necesaria y suficiente respecto a los costos del tratamiento
- * Consentimiento informado: No ser parte de ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin mi consentimiento informado.
- * Seguridad: Tener las condiciones de seguridad y comodidad para el paciente
- * Redes Familiares: A ser acompañado por familiares y/o amigos en los espacios y tiempos previstos para ello.

DEBERES DEL PACIENTE:

- * Información: Suministrar la información requerida sobre mi estado de salud, de manera clara, veraz, y completa
- * Autorización: Firmar el consentimiento informado y autorización de los procedimientos que lo requieran.
- * Convivencia: Conocer y cumplir las normas de la Institución y del servicio en el cual me encuentro hospitalizado
- * Respeto: Brindar un trato amable y respetuoso al personal de la Clínica, a los demás pacientes, a los familiares y allegados
- * Cuidado de recursos: Cuidar y hacer uso racional de los recursos, dotación, servicios e instalaciones de la Clínica
- * Autocuidado: Cuidar mi salud e integridad física y tomar conciencia de la necesidad de mi tratamiento
- * Responsabilidad Compartida: Exigir el cumplimiento de mis derechos y de los demás pacientes
- * Cumplimiento al Tratamiento: Seguir las recomendaciones del equipo terapéutico durante la hospitalización y al egreso cumplir el tratamiento ordenado
- * Veracidad: Reportar todas las novedades en mis datos de identificación, teléfono, dirección, o entidad aseguradora.

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.



Clínica
Esperanza

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 2 de 3

- Comunicación Clara: Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.
- Respeto: Respeto por mi privacidad, intimidad e información suministrada
- Confidencialidad: Tener acceso a mi historia clínica y a que ésta sea manejada en forma confidencial
- No discriminación: Ser respetado y no ser discriminado por mi enfermedad, mi origen cultural o social, mi creencia religiosa, ideologías o mi orientación sexual
- Explicación de costos: Recibir la información necesaria y suficiente respecto a los costos del tratamiento
- Consentimiento informado: No ser parte de ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin mi consentimiento informado.
- Seguridad: Tener las condiciones de seguridad y comodidad para el paciente
- Redes Familiares: A ser acompañado por familiares y/o amigos en los espacios y tiempos previstos para ello.

DEBERES DEL PACIENTE:

- Información: Suministrar la información requerida sobre mi estado de salud, de manera clara, veraz, y completa
- Autorización: Firmar el consentimiento informado y autorización de los procedimientos que lo requieran.
- Convivencia: Conocer y cumplir las normas de la Institución y del servicio en el cual me encuentro hospitalizado
- Respeto: Brindar un trato amable y respetuoso al personal de la Clínica, a los demás pacientes, a los familiares y allegados
- Cuidado de recursos: Cuidar y hacer uso racional de los recursos, dotación, servicios e instalaciones de la Clínica
- Autocuidado: Cuidar mi salud e integridad física y tomar conciencia de la necesidad de mi tratamiento
- Responsabilidad Compartida: Exigir el cumplimiento de mis derechos y de los demás pacientes
- Cumplimiento al Tratamiento: Seguir las recomendaciones del equipo terapéutico durante la hospitalización y al egreso cumplir el tratamiento ordenado
- Veracidad: Reportar todas las novedades en mis datos de identificación, teléfono, dirección, o entidad aseguradora.

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.



CLINICA
HOSPITAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 3 de 3

Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede desistir en el 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 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:

Nombre del Paciente:

Comte Alexandra Ordóñez

CC. o Huella:

1616063782

Firma del Testigo o Responsable del Paciente:

[Firma]

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente:

Rodrigo Santa María

CC. o Huella:

[Huella]

Relación con el paciente:

Madre

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los _____ días del mes de Enero del año 2016