


## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC	20/08/2014 08:30am			
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE						
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	1032424814	GENERO	M	AFE
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD
AYALA		Correderas		Wilner Alejandro		28
FECHA DE NACIMIENTO	01-11-1988	LUGAR DE NACIMIENTO	Agoya	ESTADO CIVIL	soltero	ocupacion
DIRECCION		BARRIO	Barrio	CIUDAD	indagable	4738170
TEL. AL 1441 60		Veracruz	Boya	EPS	Sanitas	TIPO DE VINCULACION
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		TEL. FONO
Maria Mercedes		CC		41741885		320803007
PARENTESCO		OCCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION
Maria		madre				Barrio/Ciudad
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TEL. FONO
PARENTESCO		OCCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION
						Barrio/Ciudad
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA						
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		



		<b>FORMATO CONSENTIMIENTO / DISSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN</b>	
FR – HOIN – 01		Original: 21/09/2016	Versión: 01
Actualización: --/--/----		Página 1 de 3	

Yo Para Nancy Condon J. mayor de edad, identificado con C.C. No 4174188544 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Wilmer Alexander Ayala Condon identificado con C.C. No 10324241814 de Bojacá, 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.

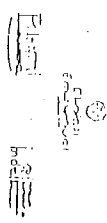
**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le administrarán medicamentos que de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo todos los fármacos administrados por cualquier vía pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, estos van 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 interviendrá 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 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, 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:



	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO / DISSENTIMIENTO INFORMAL DE</b> <b>HOSPITALIZACIÓN</b>		
	FR - HOIN - 01	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----	Versión: 01 Página 2 de 3

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 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: \_\_\_\_\_  
CC. o Huella: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: \_\_\_\_\_

CC. o Huella: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

☒ El paciente no puede firmar por: \_\_\_\_\_

☒ Se firma a los 20 días del mes de Agosto del año 2017

Nombre del médico \_\_\_\_\_  
Cc \_\_\_\_\_

Firma y sello \_\_\_\_\_  
Registro profesional \_\_\_\_\_

