

# DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

INGRESO: 06/08/18. HORA: 18:39 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Dayanna Concedor.

## DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: T-Ident.	NUM.DOC: 1000 989 774	GENERO: F.	
PRIMER APELLIDO: Ardiila	SEGUNDO APELLIDO: Ramirez	PRIMER NOMBRE: Adriana	SEGUNDO NOMBRE: Lucia
FECHA DE NACIMIENTO: 17/02/2001	LUGAR DE NACIMIENTO: Bogota.		
ESTADO CIVIL: Soltera	OCUPACION: Estudiante	RANGO EPS: A.	
DIRECCION: Cr 10a Este # 106-86 sur.	TELEFONO: 322 2940985	CONTRIBUTIVO X	
EPS: Famisanar	BENEFICIARIO X	COTIZANTE	SUBSIDIADO
IPS QUE REMITE: Cafam Floresta			

## DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Angelica Maria Ramirez	52 831 361		322 2940985
PARENTESCO: Mamá	OCUPACION: Oleriana	DIRECCION: Cr 10a Este # 106-86 sur.	
CORREO ELECTRONICO:			

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
PARENTESCO:	OCUPACION:	DIRECCION:	
CORREO ELECTRONICO:			


## MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

## HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

--

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Juan Carlos	Procurador	75004578	[Firma]	15205

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION</b>	
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: - / - / -
		Versión: 01 <b>Página 1 de 3</b>

Yo Angelica Ramirez mayor de edad, identificado con C.C. N. 52831361 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Adriano Ardiola Ramirez identificado con C.C. N. 1000989774 de la ciudad de Bogotá, por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha 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.

	<b>FORMATO</b>		<b>CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO</b>	<b>INFORMADO</b>	<b>DE</b>
	<b>HOPITALIZACION</b>				
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016		Versión: 01	
		Actualización: - / - / -		<b>Página 2 de 3</b>	

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 proporcione 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 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:

Adriana A. Adriana Ardila R.  
FIRMA DEL PACIENTE NOMBRE DEL PACIENTE  
CC. N. 1000989774 HUELLA

Angélica Ramirez Angélica Ramirez  
Firma del testigo o responsable del paciente Nombre del testigo o responsable del paciente  
C.C. N. 52 837 367 HUELLA  
El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 06 días del mes de 09 del año 2018

Nombre del medico Juan C. Aeller H  
C.C. N. 75064570 Registro profesional 15105

Sede de A/H con C. Externa