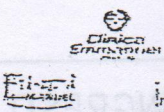


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO							
05/06/18	9:45 am						
FECHA	HORA	HC					
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE							
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	109232330	GENERO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
PRIMER APELLIDO	Ballesteros	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	Mcquily Veronica	EDAD	30
FECHA DE NACIMIENTO	02.02.1988	LUGAR DE NACIMIENTO	Supata	ESTADO CIVIL	Unon libre	Ocupación	Amade casa
DIRECCION	Vereda Patosa	BARRIO	Pacho	CIUDAD	Pacho	EP'S	FMS.
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	HC		IPS REMITENTE	Hosp. San Rafael	TIPO DE VINCULACION	Contrato
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE							
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Yelson Antonio Rodriguez	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	109232744	TELEFONO	3134877029
PARENTESCO	Hermano	Ocupacion	Agricultor	CORREO ELECTRONICO		DIRECCION	Vereda Sta Rosa
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Sirley Rodriguez	TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO	3203607419
PARENTESCO	Hermana	Ocupacion	Operaria	CORREO ELECTRONICO		DIRECCION	Pacatawa
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA							
Cot. RA.							
OTROS DIAGNOSTICOS: Trastorno Depresivo Recurrente F33.2							
MEDICO TRATANTE	UCA.						
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA							
MEDICAMENTO						CANTIDAD	
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE							
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE		CARGO	NUMERO DE	FIRMA			
INGRESA AL PACIENTE			DOCUMENTO				
WNC Celler		Prigucha	78004570	[Firma]			

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

Yo Yelson Antonio Rodriguez Ballesteros mayor de edad, identificado con C.C. No 1'079.232.744 de la ciudad de Supata, en calidad de responsable del paciente Magaly Veronica Ballesteros identificado con C.C. No 1079232330 de Supata, 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:

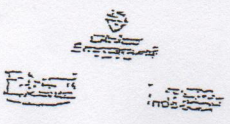
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 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 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.

	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 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 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:

X Magaly Veronica Ballesteros
Firma del Paciente:
CC. o Huella: _____

1079232330
Nombre del Paciente:

X Yelson A Rodriguez B
Firma del Testigo o Responsable del Paciente

1079232744
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella: _____

Relación con el paciente: _____

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 05 días del mes de junio del año 2018

Juan C. Cuellar H
Nombre del médico

Cc 75004578

Juan C. Cuellar
Firma y sello
Registro profesional

Dr. Juan C. Cuellar Hernández
Pequeña
C.C. 75004578
Reg. 15081240