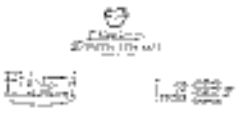


# DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	8-5-18	HORA	00H6	HC	35220202
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE					
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	35220202	GENERO	M F X
PRIMER APELLIDO	Sanchez	SEGUNDO APELLIDO	Gomez	NOMBRE	Flor Alba
FECHA DE NACIMIENTO	30-OCT-1996	LUGAR DE NACIMIENTO	Sotomayor	ESTADO CIVIL	Union Libre
DIRECCION	Subei	BARRIO	Andinamarca	CIUDAD	San Blas
PACIENTE REMITIDO	SI X NO	IPS REMITENTE	Clinica Copas	TIPO DE VINCULACION	Beneficiaria
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE					
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Cristobal Sanchez	TIPO DE DOCUMENTO	4245747	NUMERO DE DOCUMENTO	313430668
PARENTESCO	Esposo	OCCUPACION	Independiente	CORREO ELECTRONICO	cristobal.sanchez@gmail.com
DIRECCION	Andinamarca	BARRIO/QUEVEDO		TELEFONO	
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	
Pablo Perez		Medico	1129564644	[Firma]	

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

Yo Cristóbal Sandoval mayor de edad, identificado con C.C. N° 4245741 de la ciudad de (Rox) en calidad de responsable del paciente Florencia Sandoval identificado con C.C. N° 3572020 de La Caba 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 necesita 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.

 INSTITUCIÓN	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 Facetative, traslado que se realizará por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

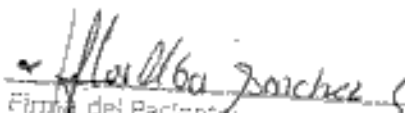
### CONFIDENCIALIDAD

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 requiera compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

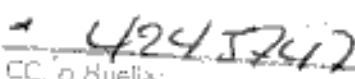
Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

  
 Firma del Paciente  
 CC. o Huella: 35220902

  
 Nombre del Paciente

  
 Firma del Testigo o Responsable del Paciente

  
 Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

  
 CC. o Huella:

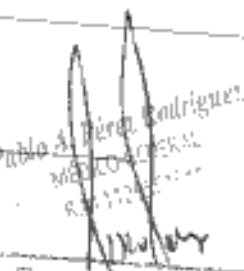
  
 Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Nombre del médico

Cc 1129561644

  
 Firma y sello  
 Registro profesional