

**AUTORIZACION DE SERVICIOS**

Página 1 de 1

Solicitada el: 02/03/2018 10:33 N° Solicitud T-01250681
Autorizada el: 08/03/2018 10:54 N° Autorización (POS) 222-35555077
Impresa el: 21/03/2018 12:57 Código Eps: EPS017

Afiliado: TI 1000579163 GARCIA BERNAL OSCAR ALEXANDER

Edad 16.0.6 Fecha Nacimiento: 02/03/2002 Tipo Afiliado: BENEFICIARIO (A)
Dirección Afiliado: CALLE20 7 34 Departamento: CUNDINAMARCA(25) Municipio: FUNZA(286)
Teléfono Afiliado: 1-8296406 Teléfono celular 3108296406
Correo Electrónico: LUI.14@HOTMAIL.COM

Solicitado por: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S

Nit: 900359092-4 Código: 110012151501
Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departamento: DISTRITO CAPITAL(11) Municipio: BOGOTA(001)
Teléfono: 1-6334257 - 3173648950
Ordenado MARIO DANILO PARRA VERA

Remitido a: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S

Nit: 900359092-4 Código: 110012151501
Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departamento: DISTRITO CAPITAL(11) Municipio: BOGOTA(001)
Teléfono: 1-6334257 - 3173648950

Ubicación Paciente: HOSPITALIZACION

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según Guía:

Código	Cantidad	Descripción Servicio
PROPIAS-S12802	4	INTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DIA)

Estancia de 4 día(s) desde el 08/03/2018 por INTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DIA) [S12802]

VALIDO EN FORMATO PDF SIN FIRMA NI SELLO
RADICADO

[AUTORIZACION EN FORMATO PDF. VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

Afiliado cancela de Copago el 11.5% del valor de la atención, y hasta \$224.216



Firma Afiliado o Acudiente

E.P.S. FAMISANAR
Autorizador RUBY ALEYDA QUINTERO QUINTERO
Cargo o Actividad: AUXILIAR AUTORIZACIONES RIESGO POBLACION

Valido por 60 días a partir de la fecha de autorización.
Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoria Médica.

Registro impreso por: DIRDI CAROLINA CORTES NORENA

Referencia - Cuenta Médica: 222-45876986

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

Yo Alfredo García Acaredo mayor de edad, identificado con C.C. N° 19393036 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Oscar Alexander García Bernal identificado con C.C. N° T.I. 1000579163 de Mosquera, 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.

	HOSPITALIZACION				
	FR - HOIN - 01	<table border="1"> <tr> <td>Original: 21/09/2016</td> <td>Versión: 01</td> </tr> <tr> <td>Actualización: --/--/----</td> <td>Página 2 de 3</td> </tr> </table>	Original: 21/09/2016	Versión: 01	Actualización: --/--/----
Original: 21/09/2016	Versión: 01				
Actualización: --/--/----	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:

<u>Oscar Alexander Garcia B.</u>	<u>Oscar Alexander Garcia Bernal</u>
Firma del Paciente:	Nombre del Paciente:

CC. o Huella: 1000539163

[Firma]
Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Alfredo Garcia Acosta
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

19393 036
CC. o Huella:

Padre
Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

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

Nombre del médico
Cc

Firma y sello
Registro profesional