

# FORMATO INGRESANTES / DISIDENTIMIENTO INFORMADO DE Version: 01 Página 1 de 2 27-05-10 20113 1000514412 DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC
-------	------	----

#### DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO	TI	NUMERO DE DOCUMENTO	1000514412	GENERO	M	X	F
PRIMER APELLIDO	Rojas	SEGUNDO APELLIDO	Ceballos	NOMBRE	Esteban David	EDAD	17a
FECHA DE NACIMIENTO	20-nov-2000	LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota	ESTADO CIVIL	soltero	Ocupación	Estudiante
DIRECCION	San Antonio	BARRIO	Anapaima	CIUDAD		EP'S	Famisanar
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	IP'S REMITENTE				Beneficiario

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

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
Ceballos Benarculo Diana	cc	52 660 440	322239735
PARENTESCO	Ocupación	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
mamá	Profesora	ceballosdiana@gmail.com	San Antonio Anapaima
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
PARENTESCO	Ocupación	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION

#### DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

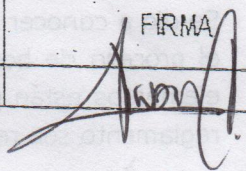
OTROS DIAGNOSTICOS:

MEDICO TRATANTE

#### MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

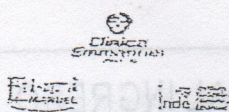
#### HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
Dra. Cindy Cely Guzmán	Médico General	1016036454	



Dra. Cindy Cely Guzmán  
Médico General  
R.M. 1.016.036.454



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

Yo Diana del Pilar Cuitiva Boracaldo mayor de edad, identificado con C.C. No 52 1660 440 de la ciudad de Funza, en calidad de responsable del paciente Esleban David Rojas Cuitiva identificado con C.C. No TI 1000614412 de Funza, 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.

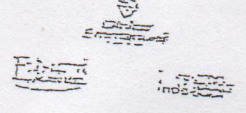
**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le administrarán medicamentos que de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo todos los fármacos administrados por cualquier vía pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, estos van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



			<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION</b>	
FR - HOIN - 04		Original: 21/09/2016	Versión: 03	
		Actualización: --/--/----	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:

Esteban Rojas

Firma del Paciente:

CC. o Huella: 1000514412

Esteban Rojas

Nombre del Paciente:

Dra. Diana del Pilar Cuitva Baracaldo

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

52' 660. 440

CC. o Huella:

Mamá

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

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

Cindy Cely

Nombre del médico

Cc 2016036454

Firma y sello

Registro profesional



**Dra. Cindy Cely Guzmán**  
Médico General  
R.M. 1.016.036.454