



Instituto
Nacional de
Demencias
Emanuel

FORMATO HISTORIA CLINICA

F-GC-036

Versión: 03

Fecha de emisión: 2012-02-09

Página 1 de 1

FECHA DE ENTREVISTA: NUMERO DE HISTORIA CLINICA:

04-Septiembre-18

3113560

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO NÚMERO: 3113560	Tipo de Documento	CC X	TI	RC	CE		
1º Apellido	2º Apellido	Nombres			Sexo	M	F
Ovalle	Bustos	Victor Manuel					

FECHA DE NACIMIENTO	14	08	1939	EDAD				ESTADO CIVIL			X	
	DIA	MES	AÑO	79	A	M	D		S	V	C	UL

NIVEL CURSADO DE ESCOLARIDAD: Quinto de Primaria

DIRECCIÓN DOMICILIO PACIENTE: Traversal 78 I Bis # 42-48

CIUDAD	LOCALIDAD	BARRIO	TELEFONO
Bogota D.C	Kennedy	Gran Colombia	8066377

EPS	TIPO DE VINCULACIÓN	OCUPACIÓN DEL PACIENTE
Famisanar, Cda subsidio	Cotrante	No pensionado

EMI:	EMERMEDICA:	OTROS:
PREPAGADA:		

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	PARENTESCO	TELEFONO
Rboy Julieth Ovalle Moreno	Nieta	3102542745.

COPIA CONTROLADA



Instituto
Nacional de
Demencias
Emanuel

CONSENTIMIENTO DERECHOS, DEBERES Y POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

F-GC-088

Versión: 00

Fecha de emisión: 2013-12-05

Página 1 de 1

FECHA:

DIA:

01

MES:

Septiembre

AÑO:

2018

Yo Hany Ovalle Moreno mayor de edad, identificado con
Numero de documento 1030606491 de Bogotá D.C. como responsable del
paciente Vicor Manuel Ovalle Rubio identificado con C.C
N° 3113560 hago constar que el Instituto Nacional de Demencias Emanuel me dio a conocer
los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin
embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Al firmar este documento reconozco que se me ha informado y explicado, que comprendo perfectamente los
derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, se me han dado amplias oportunidades de formular
preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Doy mi consentimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

Hany Ovalle M.

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

Hany Ovalle M.

CC. O HUELLA:

1030606491

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

Nieta.

CORREO ELECTRONICO:

hany87@gmail.com

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN:

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN:



Yo Hoyacalle Morano mayor de edad, identificado con
CC. N° 1030606491 como responsable del
paciente Vicbr Manuel Ovalle Busba identificado con C.C
N° 3113560, autorizo al Instituto Nacional de Demencias Emanuel para la realización del
procedimiento de atención integral en el programa de AVD (Actividades de la Vida Diaria), teniendo en cuenta
que se me ha informado:

- 1) Los objetivos, características y beneficios de llevar a cabo este proceso, así mismo como las limitaciones de éste y posibles riesgos que se pueden presentar.
- 2) Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, producto de la patología del paciente, efectos secundarios de la medicación, también producto de una alimentación o hidratación inadecuada e incluso producto de la misma jornada de trabajo y la fatiga que esta puede producir. Estas circunstancias enmarcadas dentro de la disautonomía del sistema nervioso, como por ejemplo cambios en la presión arterial y en los niveles de glucosa en sangre, náuseas, vómito, diarrea, mareos, desmayos, disminución en el rendimiento cognitivo y físico.
- 3) La posibilidad que durante el desarrollo de las actividades y terapias contempladas al interior del tratamiento se pudieran presentar situaciones imprevisibles o inesperadas, por la toma diaria de tensión arterial, medición de glucosa, lavados nasales, cambios de pañales entre otros.
- 4) La posible aparición de signos consecuentes a actividades terapéuticas tales como hematomas por masaje manual, enrojecimiento o alergia a causa de electro estimulación o por contacto con material terapéutico, fatiga muscular por actividad física u otros factores que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otros procedimientos terapéuticos o médicos.
- 5) Que los procedimientos que se llevan a cabo dentro de la institución buscan la beneficencia y no maleficencia de los consultantes, y que las acciones terapéuticas que se llevan a cabo están enmarcadas dentro de los lineamientos legales establecidos para el trato con pacientes, así mismo las directrices éticas establecidas para los casos.
- 6) Los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.
- 7) 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 y que no se me han garantizado los procedimientos terapéuticos, 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:

FIRMA DEL PACIENTE: Hoy Ovalle

NOMBRE DEL PACIENTE: Victor Manuel Ovalle Bueh

CC. O HUELLA: 3113560

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Hoy Ovalle H

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Hoy Ovalle H

CC. O HUELLA: 1030606491

RELACIÓN CON EL PACIENTE: Nieto

El paciente no puede firmar por:

Discapacidad

Se firma a los 04 días del mes de Septiembre del año 2018

FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: _____

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN: _____