

06-07-18 20120

FECHA	HORA	HC	1073605611			
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE						
TIPO DE DOCUMENTO		cc	NUMERO DE DOCUMENTO		1073605611	GENERO
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD
Carrillo		Rojas		Diana Marcela		24a
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		OCCUPACION
15-12-1993		Pacho		Soltera		Asis Administrativa
DIRECCION		BARRIO		CIUDAD		IPS
Cra 7 # 8A-06		urb la Esperanza		Pacho		Femeninar Colobante
PACIENTE REMITIDO		SI	NO	IPS REMITENTE		
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE						
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO
Blanca dora Vega		cc		20792758		3143345230
PARIENTESCO		OCCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION
Trabajadora Social				Trabajadora Social@hospipacho.gov.co		Pacho
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO
PARIENTESCO		OCCUPACION		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		CARGO		NUMERO DE DOCUMENTO		FIRMA
INGRESA AL PACIENTE						
Adriana del Pilar Carrillo		Medica General		3049609072		Adriana Carrillo Gomez

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

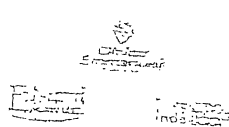
Yo Yolanda Juan Leguís de la ciudad de Jaén mayor de edad, identificado con C.C. No 20.792.758 de responsable del paciente Diana Marcela Camillo Rojas de Jaén identificado con C.C. No 4.073.605.611 de Jaén por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento 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 asistentes 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 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, que 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 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: 1013605611

Diana Marcela Carrillo Rojas

Nombre del Paciente:

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

20-792-758 Pacino

CC. o Huella:

Trabajadora Social Hospital Pacino

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los

del mes de

07

del año

2018

Nombre del Médico

Cc

101360307

Adriana Del Quispe Carrillo Guit

Firma y sello

Registro profesional

