

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

|                          |             |                                              |
|--------------------------|-------------|----------------------------------------------|
| FECHA INGRESO: 29/Ago/18 | HORA: 10+15 | PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Angelica Cwe A. |
|--------------------------|-------------|----------------------------------------------|

### DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

|                                              |                          |                                        |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO DOCUMENTO: CC.                          | NUM.DOC: 1.053.613 171   | GENERO: F.                             |                                       |
| PRIMER APELLIDO: Celis                       | SEGUNDO APELLIDO: Medina | PRIMER NOMBRE: Alba                    | SEGUNDO NOMBRE: Rocia. EDAD: 23 Años. |
| FECHA DE NACIMIENTO: 10/Enero/1995           |                          | LUGAR DE NACIMIENTO: Duitama (Boyaca). |                                       |
| ESTADO CIVIL: Soltera                        |                          | OCUPACION: Hogar.                      |                                       |
| DIRECCION: Diagonal 21 26-81 Paipa.          |                          | TELEFONO: 3133993126.                  | RANGO EPS: 1                          |
| EPS: N. EPS.                                 | BENEFICIARIO: X.         | COTIZANTE                              | SUBSIDIADO                            |
| CONTRIBUTIVO                                 |                          |                                        |                                       |
| IPS QUE REMITE: Hospital Regional (Duitama). |                          |                                        |                                       |

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

| NOMBRES COMPLETOS                           | DOCUMENTO           | TELEFONO FIJO                       | TELEFONO CEL |
|---------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|--------------|
| Wilson Fernando Robles Celis                | 1.053.615.104       |                                     | 3133993126.  |
| PARENTESCO: Hermano                         | OCUPACION: Empleado | DIRECCION: Diagonal 21 26-81 Paipa. |              |
| CORREO ELECTRONICO: wilsonfer.100@gmail.com |                     |                                     |              |
| NOMBRES COMPLETOS                           | DOCUMENTO           | TELEFONO FIJO                       | TELEFONO CEL |
| Martha Lucia Celis Melo.                    |                     |                                     | 3132518109.  |
| PARENTESCO: Abuela.                         | OCUPACION: Hogar.   | DIRECCION: Paipa.                   |              |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                     |                                     |              |



### MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

| MEDICAMENTO | CANTIDAD |
|-------------|----------|
|             |          |
|             |          |
|             |          |
|             |          |

### HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

|  |
|--|
|  |
|  |

| PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE | CARGO            | DOCUMENTO | FIRMA        | REGISTRO MEDICO |
|-------------------------------------|------------------|-----------|--------------|-----------------|
| Jairo Gary M                        | Medicina General | 110289542 | Jairo Gary M | 110289542       |

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

Yo Wilson Fernando Robles Celis mayor de edad, identificado con C.C. N. 1.053.615.104 de la ciudad de Paipa - (Boyaca), en calidad de responsable del paciente Alba Rocío Celis Medina identificado con C.C. N. 1.053.613.171 de la ciudad de Paipa - (Boyaca), por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

**INFORMACION:** 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 atienden le informaran oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como los tratamientos que se lleven a cabo dentro de esta unidad hospitalaria.

**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le administraran 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, 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 seré 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 contención física (inmovilización) por un lapso que no exceda las 2 horas, tiempo en el cual el medico asignado tomara 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, bronco aspiración, 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 ayudara en el proceso terapéutico del paciente.