FECHOLATION INC. NO. 1-2017 DATOS DE DENTIFICACIÓN DEL PACIENTE 10.3.0.5.9.0.3.14 PRIMER APELIDO PRIMER APELIDO RESIDEO A INCAMENTO LUGAR DE NACIMENTO ESTADO CAVIL. FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMENTO ESTADO CAVIL. PROCEDED A SEGUNDO APELIDO RECCIÓN PACENTE REMITIDO SI DO INCAMENTO CUBADO POR MENERO DE NACIMENTO DIRECCIÓN PACENTE REMITIDO SI DO IPS REMITENTE DATOS DEL RE SPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE ROMBRE Y APELIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO DIRECCIÓN BARBIOCIUDAD. PARENTESCO CUPACIÓN CORREDELETRONCO DIRECCIÓN BARBIOCIUDAD. PARENTESCO COUPACIÓN CORREDELA BARBIOCIDAD. PARENTESCO COUPACIÓN CORREDELA BARBIOCIDAD. PARENTESCO COUPACIÓN CORREDELA BA	DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO									
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE 40.3 0.5 9 0.3 3/4 TIPO DE DOCUMENTO 200 NUMBRO DE DOCUMENTO 30.5 3/4 TIPO DE DOCUMENTO 200 NUMBRO DE DOCUMENTO 30.5 3/4 TECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMENTO ESTADO CIVIL DUPACIÓN TELESONO 200 NUMBRO DE DATOS DE LA COLOR DE SENTIPO DE VINCILLACRAN COLOR DE SENTE TIPO DE VINCILLACRAN COLOR DE SENTE TIPO DE VINCILLACRAN COLOR DE SENTE PACIENTE REMITIBO SI NO RES REMITENTE ESTADO LO	TORREST AND THE		12:	12:20						
NUMBRO DEDOCUMENTO SEGUIDO SEGUIDO APELLIDO SEGUIDO SEGUIDO APELLIDO SEGUIDO APELLIDO SEGUIDO SEGU	PATRO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE APORTO E O CO 2/2				7314					
PRIMER APELLIDO PRIMER APELLIDO PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO COMPACIÓN PECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMENTO ESTADO CIVIL COMPACIÓN PARENTO CUDAD BARRIO CUDAD BARRIO CUDAD PACIENTE REMITIDO SI NO IPS REMITIBETE DATOS DEL RE SPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO PARENTESCO CUPACIÓN COMPACIÓN COMPACIÓN COMPACIÓN COMPACIÓN DIRECTION BARRIOCULIDAD TELEFONO TELEFONO DIRECTION BARRIOCULIDAD TELEFONO TELEFONO TELEFONO DIRECTION BARRIOCULIDAD TELEFONO TELEFONO TELEFONO COMPACIÓN CORRED ELECTRONCO DIRECTION BARRIOCULIDAD TELEFONO TELEFONO TELEFONO TELEFONO TELEFONO CONDECTION BARRIOCULIDAD TELEFONO TELEFONO TELEFONO TELEFONO TELEFONO BARRIOCULIDAD TELEFONO TELEFONO TELEFONO TELEFONO TELEFONO BARRIOCULIDAD TELEFONO T	NOO 12017 WILLIAM IN INCOME.							M F		
FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMENTO ESTADO CIVIL COLPACIÓN TELEFONO DE PECHA DE NACIMENTO LUGAR DE NACIMENTO ESTADO CIVIL CANO 30 36 34 2 DIRECCIÓN BARRIO CUBBAD PS TRO DE VINCELACIÓN DIRECCIÓN BARRIO CUBBAD PS TRO DE VINCELACIÓN COLDAD PS TRO DE VINCELACIÓN COLDAD PS COMPLETO SI NO IPS REMITENTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO DIRECCIÓN BARRIOCIDIDAD PARENTESCO COLPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCIÓN BARRIOCIDIDAD PARENTESCO COLPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCIÓN BARRIOCIDIDAD PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCIÓN BARRIOCIDIDAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FRAMA	TO BE BOCKBARLE OF THE PARTY OF					EDAD				
THE PLAN DE NATIONAL TO SERVICE OF THE DESCRIPTION OF THE PLAN OF	D-1120	Q Man Gerton 26					26			
DIRECTION BARRIO CIUDAD B'S TIPO DE VINCILLACION DIRECTION BARRIO CIUDAD B'S TIPO DE VINCILLACION CIUDAD BRECTION BARRIO CIUDAD B'S REMITENTE DATOS DEL RE SPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE YAPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO PARENTESCO CUPACION CORREC ELECTRONICO DIRECCION BARRIO/CIUDAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE MEDICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		OCUP)	ACIÓN -			
DIRECCIÓN BARRIO CIUDAD BYS TIPO DE VINCULACIÓN CIGAD #39 BUNC FIGURA CONTROL BOCACTA SANCTAS CONTROL CONTROL PACIENTE PACIENTE DATOS DEL RESPONSABLE YO REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APPELIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO FELEFONO PARBITESCO CCUPACIÓN CORREC ELECTRON CO DIRECCIÓN BARRIO/CIUDAD PARBITESCO COUPACIÓN CORREC ELECTRON CO DIRECCIÓN BARRIO/CIUDAD PARBITESCO COUPACIÓN CORREC ELECTRON CO DIRECCIÓN BARRIO/CIUDAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL FROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE DOCUMENTO FIRMA	1) Marzo 1961	BOYOTCI		DITCHA				90991		
PACIENTE REMITION IS IN IPO IPS REMITENTE DATOS DEL RE SPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO JELETONO PARENTESCO COUPACION CORRECELECTRONCO DIRECCION BARRIO/CIUDAD PARENTESCO COUPACION CORRECELECTRONCO DIRECCION BARRIO/CIUDAD NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELETONO PARENTESCO OCUPACION CORRECELECTRONCO DIRECCION BARRIO/CIUDAD PARENTESCO OCUPACION CORRECELECTRONCO DIRECCION BARRIO/CIUDAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICO TRATANTE MEDICO TRATANTE MEDICO AMENTO CONDICIONES E SPE CIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FRIMA				CIUDAD						
DATOS DEL RE SPONSABLE YO REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIO/CIUDAD PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIO/CIUDAD NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIO/CIUDAD PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIO/CIUDAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICO TRATANTE MEDICO AMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES E SPE CIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FRIMA	C1681 #39BJV	R florest		BOYOTU		SANI	SANITAS COTICU		<u>ante</u>	
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFONIO 32 1 46 8 80 3 32 1 46 8 80 3 32 1 46 8 80 3 32 1 46 8 80 3 32 1 46 8 80 3 DERECTION BARRIOGUIDAD CI 160 4 37 VIV. FLOYOUT NOMBRE Y APBLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TÈLEFONIO PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO/CIUDAD DIAGNOSTICIOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FRIMA	PACIENTE REMITIDO									
NOMBRE YAPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO DIRECCION BARRIOCIDIDAD CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIOCIDIDAD COMPRETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TÈLETONO. PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIOCIDEMO DIAGNOSTICOS DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICAMENTO QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE VAPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO DE CARGO NUMERO DE FRAMA	DATOS E	EL RESPO							50110	
PARENTESCO CCUPACION CORRECELECTRONICO DIRECCION BARRIO/CUIDAD HELMOCACO HOCAR CIPACION CORRECELECTRONICO DIRECCION BARRIO/CUIDAD NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEFONIO. PARENTESCO CCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO/CUIDAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	NOMBRE Y APELLIDOS COM	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DO			OCUMENTO NUMBRO [) DE DOCUMENTO			
HEAMORICA HOGAL NOMBRE Y APPLLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TELEONO. PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO/CIUBAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	Weth Radilla									
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TÈLEFONO PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIO/CIUDAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDIC AMENTO QUE ENTREGA CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	PARENTESCO			CORREO E	LECTRONICO.			7.7		
PARBITESCO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRIO/CIUDAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDIC AMENTO CANTIDAD HABITOS YXO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA										
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	NOMBREY APELLIDOS COM	IPLETOS .	TIPO DE D	OCUMENTO	ABATO NUMBRO DE DOCUM			E - FLL	L CANO.	
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA			101011	CORDECE	I CCTDONI CO	NDE	CION	RAPRIO	/CILIDAD	
OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	PAREITESCO	OCUP	ACJUN	CURREUE	LECTRUMICO	DINL	LOOM	DATE OF	10000	
OTROS DIAGNOSTICOS: MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA]	DIACNO	NOTIC OF D	E SIO HATR	IA.				
MEDICO TRATANTE MEDICAMIENTO QUE ENTREGA MEDICAMIENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA		·	DIAGNO	30 11C O 3 D	E 21601V 117	. <u></u>				
MEDICO TRATANTE MEDICAMIENTO QUE ENTREGA MEDICAMIENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA										
MEDICO TRATANTE MEDICAMENTO QUE ENTREGA MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	OTDOS DIACNOSTICOS									
MEDICAMENTO CANTIDAD MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	OTNOS BIAGIOSTICOS.									
MEDICAMENTO CANTIDAD MEDICAMENTO CANTIDAD HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA	MEDICO TRATANTE			, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,						
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA										
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FIRMA							CANTIDAD			
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FRMA						-				
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FRMA										
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FRMA						•				
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FRMA										
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO NUMERO DE FRMA										
CARGO CARGO		HABITOS Y	70 CONDK	CIONESES	PECIALES	DELPACE	NTE	: * * · · ·	-	
CARGO CARGO							*			
CARGO CARGO										
CARGO CARGO							.			
INGRESA AL PACIENTE DOCUMENTO	NOMBRE DEL PROFESIO	NAL QUE	CA	RGO		-		FIRMA		
	INGRESA AL PACIENTE				DOCUMEN	IIO				

Chica Enminuel

FORMATO CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO DE
HOSPITALIZACION

FR - HOIN - 01

Original: 21/09/2016

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 3

VA 1 M 1371 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 /	de eda	
identificado con C.C. Nº 1.030, 590314 de la ciudad de BOGOTE	, en calid	lac
de responsable del pariente GUITUUO POVILLA		
identificado con C.C. Nº 1.030.590.3/4 de BOYOTA PO	or medio (de
presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento	y atención	а
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 administrados por cualquier vía pueden presentar efectos segundarios 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 horarlo 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.

Clinica Emmanuel

Elimi

Inde =

FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION

FR - HOIN - 01

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:

	Giurnuo Padel
Firma del Paciente: CC. o Hüella: <u>4.03</u> 0.596.314	Nombre del Paciente:
xxx	·
Firma del Festigo o Responsable del Paciente	Nombre del Testigo o Responsable del Paciente
CC. o Huella:	Relación con el paciente:
El paciente no puede firmar por:	
Se firma a los Of días del mes de NOUTEM.	BKE del año 2017
_ Arang Margoo Celak	
Nombre del médico	Firma y sello
Cc . 4 ((((), (), ()	Registro profesional
1,000111	Margarita Ceballian Comment