


Traslado fono  
25 Julio/16

| DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO                    |                   |                     |                     |                                                                         |
|------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| FECHA                                                      | HORA              | HC                  | 19 de Julio de 2016 |                                                                         |
| DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE                       |                   |                     |                     |                                                                         |
| TIPO DE DOCUMENTO                                          | CC                | NUMERO DE DOCUMENTO | 80042353            | GENERO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| PRIMER APELLIDO                                            | Villate           | SEGUNDO APELLIDO    | Villate             | NOMBRE Edad 37                                                          |
| FECHA DE NACIMIENTO                                        | 19790129          | LUGAR DE NACIMIENTO | Bogota              | ESTADO CIVIL                                                            |
| DIRECCION                                                  | CL 86C # 49D15    | BARRIO              | Patria              | CIUDAD Bogota                                                           |
| PACIENTE REMITIDO                                          | SI                | NO                  | IPS REMITENTE       | Famisanar Beneficiario                                                  |
| DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE |                   |                     |                     |                                                                         |
| NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS                               | Alejandro Villate | TIPO DE DOCUMENTO   | 35465678            | NUMERO DE DOCUMENTO                                                     |
| PARENTESCO                                                 | Mamá              | OCUPACION           | Independiente       | DIRECCION                                                               |
| NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS                               |                   | TIPO DE DOCUMENTO   |                     | NUMERO DE DOCUMENTO                                                     |
| PARENTESCO                                                 |                   | OCUPACION           |                     | 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               |                                                                         |
| Caru Romero                                                | Medico            | 101890731           | Caru A. Romero      |                                                                         |

|                                                                                                              |                                                             |             |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|
| <br><b>Clinica Emmanuel</b> | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN</b> |             |                              |
|                                                                                                              | <b>F-SM/CM-004</b>                                          | Versión: 00 | Fecha de emisión: 2015-12-09 |


Yo Alejandro Villate mayor de edad, identificado con C.C. N° 35 465 628 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Rafael (Alejandro) Villate Villate identificado con C.C. N° 80-092 353 de la ciudad de Bogotá, 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 psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento bajo hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. 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, un psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un 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 otro centro 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 mecánica por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el medico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

#### **DERECHOS DEL PACIENTE:**

- **Calidad en la atención:** Recibir la mejor atención disponible, con las mejores condiciones éticas y de calidad.
- **Comunicación Clara:** Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.

|                                                                                                                                    |                                                             |                              |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------|
| <br><b>Clinica Emmanuel</b><br><b>F-5M/CM-004</b> | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN</b> |                              |               |
|                                                                                                                                    | Versión: 00                                                 | Fecha de emisión: 2015-12-09 | Página 3 de 3 |

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:

Nombre del Paciente: Rafael Alejandro Villate J.

CC. o Huella: 80.092383 Bdfz

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: Alejandro Villate J.

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: Alejandro Villate J.

CC. o Huella:

35 465 678 Bdfz

Relación con el paciente: Padre

El paciente no puede firmar por:

El no sabe firmar

Se firma a los 19 días del mes de 07 del año 2016

Nota: De antemano hago constar que no autorizo dar a mi hijo ninguna clase de medicamento fuera del formulado por la psiquiatra tratante, teniendo en cuenta que en ninguna otra Institución he habido necesidad de esto. Él es una persona juiciosa, q' hace caso. Lo único q' no tolera es el encierro y trabajo repetitivo en aula. Solicito por favor el traslado a la sede de Faza por ser calidad de Institucionalización