

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 25/08/18 HORA: 23+10 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Jhoan Jimenez

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: TI NUM.DOC: 1002367570 GENERO: M.

PRIMER APELLIDO: Sandoval SEGUNDO APELLIDO: Rivera PRIMER NOMBRE: Cesar SEGUNDO NOMBRE: Augusto.

FECHA DE NACIMIENTO: Dic 15/2003 LUGAR DE NACIMIENTO: Tunja.

ESTADO CIVIL: Soltero OCUPACION: estudiante

DIRECCION: cll 16A # 4-60 apt 401 B92 pthls TELEFONO: RANGO EPS:

EPS: N. EPS. BENEFICIARIO: COTIZANTE: SUBSIDIADO: CONTRIBUTIVO:

IPS QUE REMITE: Hospital Tunja.

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS: Carmon Rosa Rivera DOCUMENTO: 40027629 TELEFONO FIJO: TELEFONO CEL: 3105867474

PARENTESCO: Mamá OCUPACION: Oficinista DIRECCION: Cll 16A # 4-60 apt 401 B92 pthls

CORREO ELECTRONICO:

NOMBRES COMPLETOS: DOCUMENTO: TELEFONO FIJO: TELEFONO CEL:

PARENTESCO: OCUPACION: DIRECCION:


CORREO ELECTRONICO:

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE: Juan Gary M CARGO: MEDICO GENERAL DOCUMENTO: 1102819592 FIRMA: Juan Gary M REGISTRO MEDICO: 1102819592

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


Yo Carmen Rosa Rivera mayor de edad, identificado con C.C. N. 40027629 de la ciudad de Tunja, en calidad de responsable del paciente Cosr Agosto Indolva identificado con C.C. N. 11002367570 de la ciudad de Tunja, 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

FORMATO CONSENTIMIENTO/DISSENTIMIENTO INFORMADO DE	HOPITALIZACION			
	Original: 21/09/2016	Actualización: - / - / -		FR - HOIN - 04
	Version: 01	Página 2 de 3		

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, 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 ha informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se 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. N. _____ _____ HUELLA		NOMBRE DEL PACIENTE _____ HUELLA	
Firma del testigo o responsable del paciente C.C. N. 40627622 CARMEN ROSA RIVERA GARCIA	Firma del testigo o responsable del paciente C.C. N. 40627622 HUELLA	El paciente no puede firmar por:	El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 26 días del mes de Agosto del año 2018

Nombre del médico C.C. N. 20289592 *Arzo Gray M*

Registro profesional _____