HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CARGO DOCUMENTO FIRMA INGRESA AL PACIENTE CON DOCUMENTO DOCUMENTO CON DICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE CON DOCUMENTO CON DICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE CON DICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE CON DOCUMENTO CON DICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE CON DICIONES DEL PACIENTE CONDUCIONES DEL PACIENTE CON DICIONES DEL PACIENTE CONDUCIONES DEL P	MEDICO TRATANTE MEDICAMENTOS QUE ENTREGA CANTIDAD	ACIENTE REMITIDO SI X NO IPS REMITENTE DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE MBRE YAPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO PARENTESCO OCUPACION TIPO DE DOCUMENTO CORREO ELECTRONICO DIRECCION TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO OCUPACION TIPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO OCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION ACATO DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA TOSA TOSA	INUMERO DE DOCUMENTO 10 1413 697 GEI SEGUNDO APELLIDO TO ESTADO CIVIL CIUDAD CIUDAD
RMA	TTIDAD	TELEFONO 312322 C712 BARRIO/CIUDAD RINCON TELEFONO 3134620699 BARRIO/CIUDAD BARRIO/CIUDAD RINCON	

	$\frac{\dot{c}}{i}$.			
	C.			

-				A

				Application of the state of the

F-SM/CM-004	Clinica
Versión: 00	CONSENTIMI
Fecha de emisión: 2015-12-09	CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN
Página 1 de 3	PITALIZACIÓN

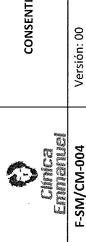
edad, informado: a cabo el proceso de tratamiento y atención al paciente, teniendo en cuenta que se me ha identificado paciente₋ 309079. identificado Alcyanoro con Enrique? င္ပရ 0.0. _, por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar C.C. Tribino Enniquez 169511510101 z 35513 calidad de de responsable de <u>a</u> a ciudad ciudad mayor de <u>del</u> de

que se lleven a cabo dentro de esta unidad hospitalaria. informarán oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como de los tratamientos vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan le integral. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento bajo INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico psiquiatra, quien tras la las normas

tomará las medidas necesarias para limitar el estado. mecánica por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el medico asignado salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de contención de enfermeros capacitados para tales eventos procederán bajo indicaciones médicas a un episodio de agitación o agresividad derivada de su enfermedad o trastorno, un equipo usted puede ser referido a otro centro de salud para ser tratado. Si se llegara a presentar asistenciales detecten otra enfermedad independiente o asociada a su trastorno mental, previamente informados para su realización. En el eventual caso en que los profesionales enfermedad o trastorno, los procedimientos específicos que usted necesite le serán psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un médico general y personal de solución. Durante su hospitalización recibirá atención por un grupo de profesionales, un mareo, cefalea, constipación, etc. Mismos que serán debidamente atendidos para su como ligera inquietud hasta somnolencia, sedación, insomnio, temblor, rigidez muscular, presentar efectos segundarios o eventos no deseados, estos van desde los más leves padecimiento, sin embargo todos los fármacos naturaleza de su enfermedad BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le administrarán medicamentos que de acuerdo con la cada uno intervendrá de acuerdo a las necesidades particulares de su están destinados a controlar los síntomas administrados por cualquier vía pueden de su

DERECHOS DEL PACIENTE:

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



IÓN	Página 2 de 3
IOSPITALIZAC	Página
CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN	Fecha de emisión: 2015-12-09
CONSENTIM	Versión: 00
Č Vinca Tienel	1/CM-004

- Respeto por mi privacidad, intimidad e información suministrada Respeto:
- Tener acceso a mi historia clínica y a que ésta sea manejada en forma confidencial Confidencialidad:
- Ser respetado y no ser discriminado por mi enfermedad, mi origen cultural o social, mi creencia religiosa, ideologías o mi orientación sexua No discriminación:
- Recibir la información necesaria y suficiente respecto a los costos del tratamiento Explicación de costos:
- No ser parte de ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin mi consentimiento informado. Consentimiento informado:
- Tener las condiciones de seguridad y comodidad para el paciente
- A ser acompañado por familiares y/o amigos en los espacios y tiempos previstos para ello. Redes Familiares:

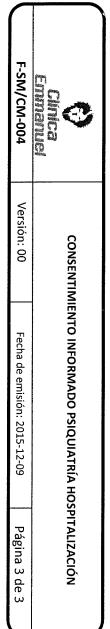
DEBERES DEL PACIENTE:

- Suministrar la información requerida sobre mi estado de salud, de manera clara, veraz, y completa Información:
 - ф autorización consentimiento informado y procedimientos que lo requieran Firmar
- Conocer y cumplir las normas de la Institución y del servicio en el cual me encuentro hospitalizado Convivencia:
- Brindar un trato amable y respetuoso al personal de la Clínica, a los demás pacientes, a los familiares y allegados Respeto:
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, dotación, servicios e instalaciones de la Clínica Cuidado de recursos:
- Autocuidado: Cuidar mi salud e integridad física y tomar conciencia de la necesidad de mi tratamiento
- Exigir el cumplimiento de mis derechos y de los Responsabilidad Compartida: demás pacientes
- Seguir las recomendaciones del equipo terapéutico durante la hospitalización y al egreso cumplir el tratamiento ordenado Cumplimiento al Tratamiento:
 - Reportar todas las novedades en mis datos de identificación, teléfono, dirección, o entidad aseguradora.

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

desistir en el caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede implicar en la salud del paciente.



requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados ciencia exacta, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que clara y satisfactoria. De la misma manera declaro que entiendo que la medicina no es una plantear las preguntas pertinentes de manera abierta y han sido resueltas de manera puntos anteriormente estipulados, así mismo que se me ha dado la oportunidad de Al firmar este documento doy constancia de que se me han informado y explicado los

procedimiento y firmo a continuación: Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: Flex Chriquez CC. o Huella: 35513103 Relación con el paciente: modrt. El paciente no puede firmar por: Se firma a los 05 días del mes de 07 del año 2016.	
---	--