

# 07/06/18 DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA HORA 06:10 HC

## DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO 1016085620		GENERO	M	F	X
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE		EDAD		
Rosario	Rabrios	Gineth Tatiana		22a		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	Ocupacion	TELEFONO		
01-mayo-1996	Villeta	soltera	Bibliotecaria	3209727896		
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION		
Tobia	Tobia	Candiamarica	Nova EPS	Cobante		
PACIENTE REMITIDO	SI	X	HC	IPS REMITENTE	esalazar Villeta	

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

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
Rosario Rabrios	CC	52654164	32450229	
PARENTESCO	Ocupacion	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
madre	operaria	niade2018@plata.com	Tobia	Candiamarica
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
PARENTESCO	Ocupacion	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD

## DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

#AUT: 89132725

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
Pablo Penca	Medico	1129564644	Pablo A. Penca MEDICO GENERAL 1129564644



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

Yo a. Rosana Palacios mayor de edad,  
identificado con C.C. No x 521654164 de la ciudad de x villeta, en calidad  
de responsable del paciente Geneth Parada Palacios  
identificado con C.C. No x 1016005620 de x villeta, 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, 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.

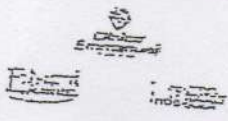
**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le administrarán medicamentos que de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo todos los fármacos administrados por cualquier vía pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, estos van 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, 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 horario 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.



	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN	
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: -/-/- Versión: 03 Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facativá, 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 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:

CC. o Huella:

Nombre del Paciente:

*[Firma manuscrita]*

*[Firma manuscrita]*

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

*[Firma manuscrita]*

CC. o Huella:

*[Firma manuscrita]*

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Nombre del médico

Cc 1129564644

Pablo A. Pérez Rodríguez  
MÉDICO GENERAL  
R.M. 1129564644

Firma y sello

Registro profesional