

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 31/10/18 HORA: 22:50 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Maria Jimenez

## DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC. NUM.DOC: 93118779 GENERO: M.

PRIMER APELLIDO: RODRIGUEZ SEGUNDO APELLIDO: RAMIREZ PRIMER NOMBRE: FELIPE. SEGUNDO NOMBRE: ANTONIO. EDAD: 58

FECHA DE NACIMIENTO: 21 enero 1960. LUGAR DE NACIMIENTO:

ESTADO CIVIL: soltero OCUPACION: habitante calle.

DIRECCION: Cll 21 # 8A-12 Santa Fe. TELEFONO: 319 49 189 58.

EPS: N EPS BENEFICIARIO COTIZANTE SUBSIDIADO X CONTRIBUTIVO

IPS QUE REMITE: H. San Rafael del Espinal OT

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

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Maria del Pilar Sanchez	39634316.	3194918958.	
PARENTESCO: Sobrina.	OCUPACION: Abogada.	DIRECCION: Cll 21 # 8A-12. Espinal.	
CORREO ELECTRONICO:			


  

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Estelita Sanchez Rodriguez	No se lo sabe.	3118090120	321882953
PARENTESCO: Sobrina.	OCUPACION: indepo.	DIRECCION: Fontibon	
CORREO ELECTRONICO:			

## MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

## HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE


PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
BRUNO CESAR ROMAN		322241		322241

## INFORMACIÓN A FAMILIAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AGUDOS-INSTITUCIONALIZADOS

Con el fin de garantizar la comunicación con el área de trabajo social se puede realizar comunicación vía Whast app al número 3042153852, teléfono fijo 4431850 ext 221-222, en el horario de 2:00 PM a 4:30 PM de lunes a viernes.

Una vez estén habilitadas las llamadas de los pacientes, serán de la siguiente manera:

TELÉFONO	PISO	EXTENSIÓN	GRUPO DE PACIENTES Y HORARIO
4431850	1 PISO- MUJERES	ENF. 203 PACIENTES: 204-205-206	ConSentidas: 7:00 8:30 pm. Agudas y renacer: 12:30- 2:00 pm
	2 PISO-HOMBRES	ENF: 216 PACIENTES: 217-218-219	ConSentidos: 7:00 8:30 pm. Agudos y Renacer: 12:30- 2:00 pm
	3 PISO- HOMBRES. CONSENTIDOS	ENF. 224. PACIENTES:225	ConSentidos: 7:00 8:30 pm.

Es fundamental que tenga en cuenta que las visitas son en los siguientes horarios:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	LUNES FESTIVO
10-11	10-11	10-11	10-11	NO	10-12	10-12	10-12
NO SE PERMITE INGRESO DE ALIMENTOS. SOLO LOS DIAS MIÉRCOLES CAMBIO DE ROPA					PERMITIDO INGRESO DE ALIMENTOS TIPO ONCES. CAMBIO DE ROPA DIAS DOMINGOS		

Todos los elementos que ingresen del paciente deben venir marcados para facilitar el seguimiento. Deben tener en cuenta que están rotundamente prohibidos, desodorantes, talcos, perfumes en Spray, espejos, nada alusivo a equipos de fútbol, nada con cordones, capota.

las únicas personas autorizadas para el ingreso son la familia del paciente.

Es de obligatorio cumplimiento asistir a las valoraciones programadas por el equipo terapeutico, todo en pro del bienestar de su familiar.

### COPAGO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

RANGO DE IBC EN SMLMV (1)	COPAGO EN % DEL VALOR DEL SERVICIO	VALOR MAXIMO POR EVENTO (2)	VALOR MAXIMO POR AÑO (3)
MENOR A 2 SMLMV	11,50%	\$ 224.217	\$ 449.214
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	17,30%	\$ 898.429	\$ 1.796.857
MAYOR A 5 SMLMV	23,00%	\$ 1.796.857	\$ 3.593.714


### COPAGO REGIMEN SUBSIDIADO

	Rango	Porcentaje Evento	Porcentaje Tope Evento	Valor Tope a Cobrar por Evento 2018
COPAGOS EVENTO	Rango B - NIVEL 1	0,0%	0,0%	\$0,00
	Rango C - NIVEL 2	10,0%	50,0%	\$390.621

### CONSTANCIA DE INFORMACIÓN DE INGRESO RECIBIDA POR FAMILIA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Documento de identidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de información: \_\_\_\_\_  
 Nombre del familiar que recibe información: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_  
 Nombre del profesional que brinda información: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Yo Maria del Pilar Sanchez mayor de edad, identificado con C.C. N. 39634316 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Felipe Antonio Rodriguez identificado con C.C. N. 93118779 de la ciudad de Esquel, 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 laceración, fracturas, bronco aspiración, 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, que elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudara en el proceso terapéutico del paciente.

	<b>FORMATO</b> <b>CONSENTIMIENTO/DISSENTIMIENTO</b> <b>INFORMADO</b> <b>DE</b>	
	<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: - / - / -
Página 2 de 3		Versión: 01

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 \_\_\_\_\_

Firma del testigo o responsable del paciente  
CC. N. 39634310  
HUELLA \_\_\_\_\_  
Nombre del testigo o responsable del paciente  
El paciente no puede firmar por:

Se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
Nombre del médico *MANUEL C. GARCIA*  
C.C. N. \_\_\_\_\_  
Registro profesional 3222441