

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	89192923	Fecha Notificación	14/04/2018
Producto	EPS	Nit	800251440
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	14/04/2018
		Código	EPS
		Ciudad	BOGOTA D.C.

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

Habilitación	110012527501	Teléfono	7433693	Departamento	DISTRITO CAPITAL
Dirección	CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2	Ciudad	BOGOTA D.C.		

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato	554920	Número	52391836	Nombre	CIELO ASTRID JIMENEZ CELY
Tipo de Identificación	CC	Antigüedad	261 SEMANAS		
Fecha de Nacimiento	24/08/1977	Nivel de Ingresos	GRUPO A	Departamento	DISTRITO CAPITAL
Clase Usuario	POS	Ciudad	BOGOTA D.C.		
Dirección	CARRERA 101 A # 152 A - 49 TORRE 3 AP 409 ENTRADA 49 LOCALIDAD suba - 11				
Tel. Residencia	3108100823	Tel. Opcional	3108100823	Correo electronico	cielastrid_2408@hotmail.com

REMITENTE

800149384 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

Habilitación	110010918630	Teléfono	7426767
--------------	--------------	----------	---------

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Diagnóstico	F309	Guía	
Tipo de Atención	HOSPITALIZACION	Tipo de Recobro	
Tipo de Orden Médica			

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1005453	ESTANCIA PSIQUIATRICA	1005453-ESTANCIA PSIQUIATRICA	5	0		

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
INFORMACIÓN ADICIONAL:



OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: JEFE CLIANA MARTINEZ DE CUC INDICA YA TRASLADARON PCTE A EMMANUEL EN MÓVIL DE CONVENIO // SE AUTORIZA ESTANCIA EN PSIQUIATRIA POR 5 DIAS FI. 14-4-2018

CUOTA MODERADORA 0
CANTIDAD BONOS 0
COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: BLANCA CECILIA BEJARANO
Cargo: NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Telefono: 6466060

Recibido

VALIDO POR 120 Días DESDE 14/04/2018 HASTA 11/08/2018
ORIGINAL

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

Yo hnelh jimenez mayor de edad, identificado con C.C. N° 20456153 de la ciudad de colg, en calidad de responsable del paciente Gelo astrid Jimenez identificado con C.C. N° 52391836 de Melgar, 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:

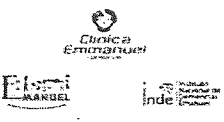
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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	
	HOSPITALIZACION	
FR – HOIN – 01	Original: 21/09/2016	Versión: 01
	Actualización: --/--/----	Página 2 de 3

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativa, traslado que se realizará por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.


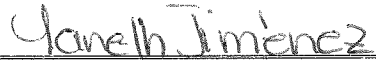

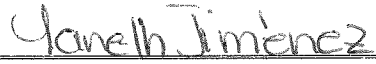

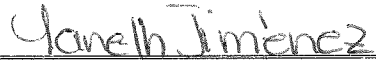
CONFIDENCIALIDAD

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 el 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:	Nombre del Paciente:
CC. o Huella: _____	
	
Firma del Testigo o Responsable del Paciente	Nombre del Testigo o Responsable del Paciente
	
	
CC. o Huella:	Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del médico
Cc

Firma y sello
Registro profesional