

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 01/Sept/18	HORA: 14:40	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Angelica Cruz A.
---------------------------	-------------	---

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC	NUM.DOC: 1.022.330.746	GENERO: M.	
PRIMER APELLIDO: Garzon	SEGUNDO APELLIDO: Campos	PRIMER NOMBRE: Oscar	SEGUNDO NOMBRE: Alfonso
EDAD: 31 años			
FECHA DE NACIMIENTO: 27/Enero/1987		LUGAR DE NACIMIENTO: Bogota.	
ESTADO CIVIL: Soltero	OCUPACION: Hogar.		
DIRECCION: Calle 15 # 7-24 Soacha		TELEFONO: 3183098389	RANGO EPS: A.
EPS: N.EPS.	BENEFICIARIO: X.	COTIZANTE	SUBSIDIADO
CONTRIBUTIVO: X.			
IPS QUE REMITE: Clinica Santo Thomas (Bogota)			

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE


NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Nubia Campos Guzman	36.173205		3144408470
PARENTESCO: Madre.	OCUPACION: Hogar.	DIRECCION: Calle 15 # 7-24 Soacha.	
CORREO ELECTRONICO: No Refiere. danielagaronc12@gmail.com			

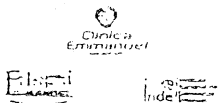
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Daniela Gamon Campos.			3144408470.
PARENTESCO: Hermana	OCUPACION: Trabajadora Social.	DIRECCION: Calle 15 # 7-24 Soacha.	
CORREO ELECTRONICO:			

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Lila Nuñez.	Medicina General	57435608.		013080.

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

Yo Nubia Campos Guzmán mayor de edad,
 identificado con C.C. N° 36.173.205 de la ciudad de Neiva, en calidad
 de responsable del paciente Osvaldo Alfonso Garzon Cobillos
 identificado con C.C. N° 1022330746 de Bogotá, 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:

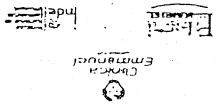
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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.

		FR - HOIN - 01	Actualización: --/--/---- Original: 21/09/2016	Versión: 01 Página 2 de 3
FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION				

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.

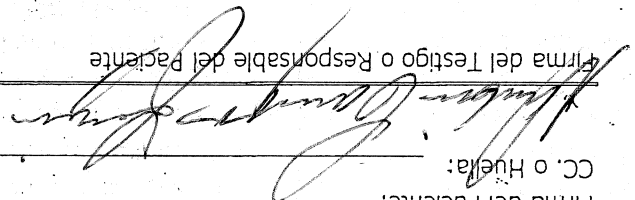
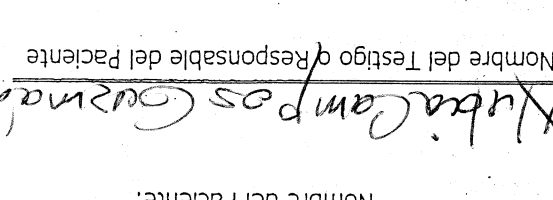
CONFIDENCIALIDAD

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: 
 CC. o Huella: _____
 Nombre del Paciente: Nidia Campos Guzmán
 Firma del Testigo o Responsable del Paciente: 
 Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: Nidia Campos Guzmán

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: _____
 Firma y sello: _____
 CC: _____
 Registro profesional: _____

 	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO	
	INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES	
	FR – HOIN – 68	Original: 29/06/2017
	Actualización: --/--/----	Versión: 01
		Página 1 de 3

FORMATO PARA EL REGISTRO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO

INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION

FECHA: 1 / 09 / 2018 HORA: 11 / 00

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y Apellido del paciente: Oscar Alfonso Garzón Campos

Tipo documento: C.C. Identificación: 1022330746

Edad: 31 Género: M ☒ F ☐ RH: O+

EPS: Nueva EPS

Procedimiento de traslado:

Observaciones:

Unidad de Origen: _____

Unidad de Destino: _____

Entidad de origen: _____

Entidad de destino: _____

Motivo del traslado:

DIAGNOSTICOS y/o Situación e salud


1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

♣ Riesgos durante el traslado: Existen situaciones propias del medio de transporte como rotura del vehículo, accidente de tránsito, etc. También existen riesgos vinculados a su condición de salud, como son:

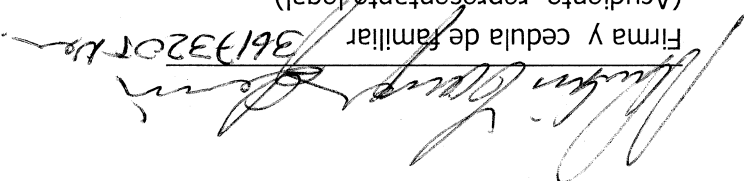
	
FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO	
INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES	
FR - HOIN - 68	Original: 29/06/2017
Actualización: --/--/----	Versión: 01
Página 2 de 3	

Para lo cual se puede requerir. Inmovilización, sedación, administración de medicamentos como:

- Profesional que deriva:
- Personal de salud que acompaña:
- Acompañante del paciente (si la situación lo permite):

MUY IMPORTANTE • Si tiene alguna duda o necesita alguna información adicional no dude en preguntarle a si médica/o.



- Si considera que ha sido debidamente informado/a y consiente o rechaza libremente el traslado y/o derivación que se le propone, le solicitamos que firme dos ejemplares de este documento de consentimiento, una para la institución y otro para usted.


Firma y cedula de familiar
(Acudiente, representante legal)
Firma y cedula de Médico

Firma y cedula de Paciente (si se requiere)

DISENTIMIENTO INFORMADO

B) REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO Se me explicó la situación de salud, el motivo del traslado y/o derivación. Comprendí la información que se me dio y pude preguntar mis dudas, las cuales me fueron aclaradas.


 	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO	
	INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES	
	FR – HOIN – 68	Original: 29/06/2017
	Actualización: --/--/----	Página 3 de 3

Comprendo que tengo derecho a no aceptar el traslado y/o derivación, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.

Por eso yo: (marque con una x)

☐ No acepto que se realice mi traslado y/o derivación.


 Firma y cedula de familiar
 (Acudiente, representante legal)

 Firma y cedula de Médico

 Firma y cedula de Paciente (si se requiere)

