DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE  TIPO DEDOCUMENTO C. INJURIDO DEDOCUMENTO MOMBRE EDAD  PRIMERAPELIDO SERVIDO MELLIDO MOMBRE EDAD  CONTRILO ROTOS DE DENTIFICACION DEL PACIENTE  PRIMERAPELIDO SERVIDO MELLIDO MOMBRE EDAD  CONTRILO ROTOS DEL PACIENTO MUNICIPALIDO INTERCONO DE LECUNDO DES DEL PACIENTE  DATOS DEL RESPONSABLE IND REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMERE Y APELLEOS COMPETOS TIPO DEDOCUMENTO MUMBRO DE DOCUMENTO TELEFONIO  PARENTESCO DISPACION CORREDE LECTRONICO DIRECCION BARRIOS CUDAD  PARENTESCO DISPACION CORREDE LECTRONICO DIRECCION BARRIOS CUDAD  PARENTESCO DISPACION CORREDE LECTRONICO DIRECCION BARRIOS CUDAD  PARENTESCO DI COURACION CORREDE LECTRONICO DIRECCION BARRIOS CUDAD  PARENTESCO COURACION CORREDE LECTRONICO DIRECCION BARRIOS CUDAD  PARENTESCO COURACION CORREDE LECTRONICO DIRECCION BARRIOS CUDAD  PARENTESCO COURACION CORREDE LECTRONICO DIRECCION BARRIOS CUDAD  MOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMBRO DE DOCUMENTO TELEFONICO  PARENTESCO COURACION CORREDE LECTRONICO DIRECCION BARRIOS CUDAD  MEDICAMBENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMBENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMBENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMBENTOS QUE ENTREGA  FIRMA  FIRMA  FIRMA  PARENTESCO CANTIDAD  FIRMA  FIRMA  FIRMA	1	SGEN	ERALE	S. DE.L. I	PACIEN	TE AL ING	RES	. ()	
THRO DEDOCUMENTO  C. WILLIESO DE DOCUMENTO  PRIMER APELLIXO  SECURDO METELIXO  ROTOS  PRIMER APELLIXO  SECURDO METELIXO  ROTOS  PECHA DE NACIMENTO  ROTOS  DIRECTIÓN  DIRECTIÓN  DIRECTIÓN  DIRECTIÓN  DATOS DEL RESPONSABLE YOR EPPRE SENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  INMERE Y APELLIXOS COMPLETOS  ITPO DE DOCUMENTO  MARRIO CUDAD  PARENTESCO  CUPACION  CORRED ELECTRONICO  DIRECTIÓN  DIRECTIÓN  DIRECTIÓN  DATOS DEL RESPONSABLE YOR EPPRE SENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  INMERE Y APELLIXOS COMPLETOS  TIPO DE DOCUMENTO  ITELEFONO  CUPACION  CORRED ELECTRONICO  DIRECTIÓN  DIRECTIÓN  DIAGNOSTICOS DE SKOULATRIA  MEDICAMIENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMIENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMIENTOS QUE ENTREGA  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  MEDICAMIENTOS QUE ENTREGA  NEDICAMIENTOS  CARGO  NUMBRE DEL PROFESIONAMENTO  COUDANT DE TRADACTORIO  TRAD	10007-18 20120 EECHA HDRA	HC 1(133	GINGIA			nick (II) then not fiftee many side and and an institute and institute for the	·	der made filtstatt in han 1886 bleet en meg emplem	
TIPO DEDOCUMENTO PRIMERAPELINO SEGNICO PELINO NOMBRE EDAD  COTTUDO ROTOS DIAGNOSTRO PROBLEMA DE NOMBRE SEGNICO PELINO NOMBRE DE DAD  COTTUDO ROTOS DIAGNOSTRO PAGENTE INCOMPLETO BURRIO DIAGNOSTRO DIA	ELLIA INVE	DA DA	TOS DE IDI	L ENTIFICAC	HON DEL PA	ACIENTE	***************************************	- validation di solde ville vara sida	***************************************
PRIMER APPELLIDO SECUNDO APPELLIDO MOMBRE BIADO  CONTRILO  PECAM DE NACIMIENTO ENBARADE NACIMENTO ESTADO CIVIL -OCUPACION TELEPORO  DIRECTION BARRIO CUDAD BY THO DE VINCULACION  DIRECTION BARRIO CUDAD BY THO DE VINCULACION  PAGENTE REMITIDO SI NO PRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  DATOS DEL RESPONSABLE YOR REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DEDOCUMENTO HUMBRO DE DOCUMENTO TELEFONO  PARRITESCO DUPACIOM CORRED ELETRONICO DIRECCION BARRIOSCUDINO  PARRITESCO DUPACIOM CORRED ELETRONICO DIRECCION BARRIOSCUDINO  PARRITESCO CUPACION CORRED ELETRONICO DIRECCION BARRIOSCUDINO  PARRITESCO COMPLETOS TAPO DEDOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TELEFONO  DIAGNOSTICOS DE SICUIATRIA  HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE  MEDICAMIENTO CARGO NUMERO DE FIRMA  NOMBRE DEL PROFESSIONA DE CARGO NUMERO DE FIRMA  NOMBRE DEL PROFESSIONA DE CARGO DOCUMENTO FIRMA  CARGO DOCUMENTO FIRMA  FIRMA  PERMA	TIPO DE DOCUMBITO	T		·		1	611	GB (ERX)	M F X
FECHA DE NACIMIENTO LEGARADE NACIMENTO ESTADO CIVIL.  1S - D - 1993  DIRECTIÓN BARRIO CIUDAD BYS TRYO DE WICH ACIDA  DIRECTIÓN BARRIO CIUDAD BYS TRYO DE WICH ACIDA  PACIENTE REMITION DE LA ESPARANTA (CICNO)  PACIENTE REMITION DE LA ESPARANTA (CICNO)  PACIENTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMERE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TEL EFONO  PARBITESCO DIUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARRIOCIUDAD  PARBITESCO CUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARRIOCIUDAD  DIAGNOSTICOS DE SKOULATRIA  DIRECCION BARRIOCIUDAD  TIPO DE DOCUMENTO CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARRIOCIUDAD  CORRED BELETRONICO DIRECCION BARRIOCIUDAD  CONTROS DIAGRAOSTICOS:  WEDICA MIENTO CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARRIOCIUDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES E SPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESSIONA DE PACIENTE  CARGO DOCUMENTO FIRMA	PRIMER APELLIO			-		10 1000			
PECHA DE NACIMIENTO  IS 12 - 1003  RUCCO SOLESS  ASS ALTIMINATA (329) SACCE  DIRECTION  BARRIO CIUDAD  BYS TRYO DE WINCHLOCKS  COLTANA  CO	Corrillo		Roras			Diana More		20	240
DIRECTION BARRIO CIUDAD BYS THRO DEVINCULACION  PAGENTE RESITIO SI INC IPS REMITEDTE  DATOS DEL RE SPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMERE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DEDOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TEL EFONO  PARBITESCO CUIPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARRIORIZUDAD  IDMERE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TIBLEFONO  IDMERE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TIBLEFONO  PARBITESCO: CCUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARRIORIZUDAD  DIRECCION	FECHA DE NACIMIENTO	EUGAR DE I	O MENIDAM SOLFADU		DO CIVIL	OCUPACIÓN			
DIRECTION BARRIO CUDAD BYS TIPO DE VANCULAÇÃO  CONTRA LA C.S. CIDA (CESPARANA) RUCAO PACIBITE REMITION DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  HOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TELETONO PARBITESCO CUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRICHIDAD  PARBITESCO CUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRICHIDAD  PARBITESCO CUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRICHIDAD  DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA  DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA  MEDICAMIENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMIENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMIENTO  CARGO NUMERO DE DACENTE  NOMBRE DEL PROFESI, MARIANTE  CARGO NUMERO DE  FIRMA  FIRMA  FIRMA  NOMBRE DEL PROFESI, MARIANTE  CARGO NUMERO DE  FIRMA	15-12-1993	Pac	ho Soltera		≥va	ASIS Adm	Administra 3212113		21.14043
PAGENTE REMITION SI NO PS REMITENTE  DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  MOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DEDOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TELETONO  PARENTESCO OCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRAMENDAD  NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMERO DE DOCUMENTO TELETONO  PARENTESCO: CCURACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRAMENDAD  PARENTESCO: CCURACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRAMENTO  PARENTESCO: CCURACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRAMENTO  DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA  DITOS DIAGNOSTICOS:  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESIONES  CARGO NUMERO DE FIRMA				CIUDAD				TIPO DE VINCULACION	
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE  NOMBRE Y APELLIBOS COMPLETOS  TIPO DE DOCUMENTO  PARBITESCO  OCUPACION  CORREO ELECTRONICO  DIRECCION  BARRICHI 2000  NOMBRE Y APELLIBOS COMPLETOS  TIPO DE DOCUMENTO  NUMBRO DE DOCUMENTO  DIRECCION  BARRICHI 2000  NUMBRO DE DOCUMENTO  DIRECCION  BARRICHI 2000  TOCOMPLETOS  TIPO DE DOCUMENTO  NUMBRO DE DOCUMENTO  TICOMPETE CARRON  NUMBRO DE DOCUMENTO  TICOMPETE CON CONTREDENTO  DIRECCION  BARRICHI 2000  BARRI			spevan)a		)	Femoci	<i>S</i> OA.	COHO	ante
MOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TEPO DE DOCUMENTO NUMERO DE DOCUMENTO TEL EFORMO  PARBITESCO OCUPACIONI CORREO ELECTRONICO DIRECCIONI BARRIONCIUDAD  (CONTICON JUCIA) TODO (CORREO ELECTRONICO) DIRECCIONI BARRIONCIUDAD  (NOMBRE Y APPELLIDOS COMPLETOS TEPO DE DOCUMENTO NUMBRO DE DOCUMENTO IBBERRIONCIUTAD  PARBITESCO: CCUPACIONI CORREO ELECTRONICO DIRECCIONI BARRIONCIUTAD  DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA  OTROS DIAGNOSTICOS:  WEDICO TRATANTE  MEDICAMIENTOS QUE ENTREGA  IMEDICAMIENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESIONA DE CARGO NUMERO DE IRMA  NOMBRE DEL PROFESIONA DE CARGO NUMERO DE FIRMA  NOMBRE DEL PROFESIONA DE FIRMA  NOMBRE DEL PROFESIONA DE FIRMA			MC VOLE Y			(FOLL DET		, 	
PARENTESCO DCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIORIZUDAD ICAMPICO DCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIORIZUDAD ICAMPICO DCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIORIZUDAD IELEFONO DE COMPILEO DE SIQUIATRIA  DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA  PARENTESCO: CCUPACION CORREO ELECTRON CO DIRECCION BARRIORIZINAD DE CONTIDAD DE CORREO DOCUMENTO FIRMA									
PARENTESCO CUPACION CORRED ELECTRONICO DIRECCION BARRIORUMAD  IOLOGICO (VICIA) Tobriget CAIONAS DECADO COV. 10.  POMBRE Y APELLIBOS COMPLETOS TIPO DE DOCUMENTO MUMBRO DE DOCUMENTO TELEFORO  DIAGNOSTICOS DE SKOUIATRIA  DIAGNOSTICOS DE SKOUIATRIA  DIAGNOSTICOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESIONA DEL CARGO NUMERO DE DOCUMENTO FIRMA						SO DE DOCUMENTO			
MEDICAMENTO CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESIONARIO CARGO NUMERO DE DOCUMENTO FIRMA  NOMBRE DEL PROFESIONARIO CARGO NUMERO DE DOCUMENTO FIRMA		-		T	ETPOM TO	12 108			manus ) and a second or with the second
PARBITESCO: CCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCION BARRICACILIDAD DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA  DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA  DIROS DIAGNOSTICOS:  MEDICO TRATANTE  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  MOMBRE DEL PROFESIONA DE CARGO DI NUMERO DE DOCUMENTO FIRMA  NOMBRE DEL PROFESIONA DE PROMENTO DOCUMENTO FIRMA	<u> </u>	USUF1		<u> </u>					
PARBITESCO: CCUPACION CORREO ELECTRONICO DIRECCIÓN BARRICACILIDAD.  BIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA  DIROS DIAGNOSTICOS:  MEDICAMIENTOS QUE ENTREGA.  MEDICAMIENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESIONAMENTO.  CARGO NUMERO DE DOC UMENTO.  FIRMA		L IFLETOS							
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA  DIROS DIAGNOSTICOS:  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO CANTIDAD  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESICIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESICIALES DEL PACIENTE  CARGO DOCUMENTO FIRMA				an er grand hann austra er ander vertagen er en				-	
PUTROS DIAGRIOSTICOS:  WEDICO TRATANTE  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESI CARGO  NUMERO DE  INGRESA AL PACIENTA LA	PARENTESCO:	CCUP	ACION	CORREO E	LECTRON CO	DIRECCION		BARRE	WELLEAD .
PUTROS DIAGRIOSTICOS:  WEDICO TRATANTE  MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESI CARGO  NUMERO DE  INGRESA AL PACIENTA LA								makkiin makkini makakan pagan sam masa,	National participation page and a second
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESIONALES DEL PACIENTO  CARGO  NUMERO DE  FIRMA  INGRESA AL PACIENTO			DIAGNO	STICOSD	E SKQULATR	И.		-	
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESIONALES DEL PACIENTO  CARGO  NUMERO DE  FIRMA  INGRESA AL PACIENTO						Ÿ			
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA  MEDICAMENTO  CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESIONALES DEL PACIENTO  CARGO  NUMERO DE  FIRMA  INGRESA AL PACIENTO	OTROS DIAGNOSTICOS	TOTAL TOTAL PROPERTY.						n, unum sema surampungnamasanawa menang semanahan makapa angal basa s	amand and an experience assumes any to proper and the second service and the second second second service and the second s
MEDICAMENTO CANTIDAD  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESICIALES DEL PROFESICIALES DEL PACIENTO FIRMA  INGRESA AL PACIENTE LA CARGO DOCUMENTO FIRMA	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2							•	
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESICIA DE CARGO DOCUMENTO FIRMA  INGRESA AL PACIEM EL PROFESICIA DE DOCUMENTO FIRMA	MEDICO TRATANTE						*******		Professional Control of the Control of Transaction of the Control
HABITOS Y/O CON DICHONES ESPECIALES DEL PACIENTE  NOMBRE DEL PROFESICIA DE CARGO DOCUMENTO FIRMA  INGRESA AL PACIEM EN TO DOCUMENTO	ментальности подоброждения продости по подоброжности по подоброжности по подоброжности по по подоброжности по		MEDICA	MENTOSQ	UE ENTRE	SA.		*	primere for contraction in a summer of fraction of
NOMBRE DEL PROFESIONAL RECEIVED CARGO DOCUMENTO FIRMA	THE PROPERTY OF THE PROPERTY O			eta Marintago da er dituruntago agalemati estat en en ere astron de desante equiram general que que manda agra			CANTIDAD		
NOMBRE DEL PROFESIONAL RECEIVED CARGO DOCUMENTO FIRMA									t del trical cargos palleres trical (que, el persona e esperí proper
NOMBRE DEL PROFESIONAL RECEIVED CARGO DOCUMENTO FIRMA			*******						
NOMBRE DEL PROFESIONAL RECEIVED CARGO DOCUMENTO FIRMA			TO A THEOREM AND A THORNWARD						
NOMBRE DEL PROFESIONAL RECEIVED CARGO DOCUMENTO FIRMA		* Administrativas valvantas ana pagamana a sauton va	Section 2 Control of the Control of					and the state of t	
NOMBRE DEL PROFESIONAL RECEIVED CARGO DOCUMENTO FIRMA		VONTIQAL	IO CARIDIO	ייטארפ רפ	DECIMER	DEL D'ACIENTE		discrepance suggested of Fa	Promoter merene indespitation in a
NOMBRE DEL PROFESICIONAL DE CARGO DOCUMENTO FIRMA		<i>P</i>		1014E2 E2	HECMLES	DEL LYCIENTE	-	ann ann ag airmean ann an airmean ag airmean	
NOMBRE DEL PROFESICIONAL CO BY CARGO NUMERO DE FIRMA.  INGRESA AL PACIENTE DE CARGO DOCUMENTO:		y Mrs	The sale						
NOMBRE DEL PROFESIONAL CORDO CARGO DOCUMENTO FIRMA		Miller 1818	100 -					ė	
	NOMBRE DEL PROFESION INGRESA AL PACIENTA	MBRE DEL PROFESIONAL COEV		((1))		•		FIRMA	
Admin Del Fred Cosellos Medica General 30 49603072. Admin Cosellos Como	Adnona Dil	for Coyella	no Medi	a General	<del> </del>		Jake	no Carlla	m Qm.

ķ!

1-b olbom	300	onsof op -	identificado con C.C. No 1.073. 605 611			
de edad,		ab bebuis al ab	Diana Harrela	identificado con C.C. No		
E ab I snigåq			Mayer S.	Yo Jalana Jan 1		
Versión: 01	// :uọ 910Z/60/I		₽0 - NIOH - Я∃	200 er   130ery		
ORMADO DE	The second secon	JAIIYEUH	FORMATO CONSE	લ્લામાં જેમ્પાડ પ્રત્યુક (-)		

retramientos que se lleven a cabo dentro de esta unidad hospitajaria. que lo atiendan le informarán oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como de los están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y 🗝 su

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:

asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado o continuar. oэibэm-lə-leuə-lə-nə-өqməit-давтой-гор-гаl-авэхө-өп-эир-оаqаl-пи-лоф-(ло́ізвяііімотит)-вэізід-по́ізпафиоэ indicaciones médicas a salvaguardar su integnidad física y la de los demás, utilizando una técnica de enfermedad o trastorno, un equipo de enformeros capacitisdos para taleis eventos procederán bajo para ser tratado. Si se llegara a presentar un episodio de agitación o agresividad derivada de su independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otra institución de salud realización. En el eventual caso en que los profesionales asistenciales detecten otra enfermedad trastorno, los procedimientos específicos que usted mecesite le serán previamente informados para su enfermería, cada uno intervendrá de acuerdo a las necesidades particulares de su enfermedad o psiquiatra, psicólogo(a), trabajador social, terapeuta ocupacional, médico general y persona<u>l</u> de para su solución. Durante su hospitalización recibirá atención por un grupo de profesionales, temblor, rigidez muscular, mareo, cefalea, constipación, etc. Mismos que serán debidamente atendidos deseados, estos van desde los más leves como ligera inquietud hasta somnolencia, sedación, insomnio, administrados por cualquier via pueden presentar efectos segundarios o eventos no enfermedad están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo todos los \*BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le administrarán medicamentos que de acuerdo con la naturaleza de su

abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica. profesionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, como para otros pacientes y La contención mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para

fracturas, broncoaspiración, entre otras, Durante la inmovilización se pueden presentar situaciones inseguras que pueden llevar a laceración,

reglamento sea respetado ya que ayudará en el proceso terapéutico del paciente. elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este el proceso de hospitalización en el cual se informa horario de visitas, horarios de alimentación, qué Se dio a conocer el manual de convivencia para pacientes, familia y/o cuidadores durante la espera en



## FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION

FR - HOIN - 04

Original: 21/09/2016 Actualización: -/-/--

Versión: 0)

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 caso en que se tome la decisión, con el comocimiento de la 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, esí 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 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

Firme del Paciente:	Diana Marcela Carrillo Rojas
CC. o Huella: 10-1360/611	Nombre del Paciente:
Planea Fra Vegs	Flora Down Neou Siem
Firma del Testigo o Responsable del Paciente	Nombre del Testigo o Responsable del Pacente
20-792.758 Paris	7/
CC. O HUElla:	Tratogadora focial Hospital Pours.
El paciente no puede firmar por:	Relación con el paciente:
Se firma a los Okas Majordel mes de	0.206
manu Lighting 28/09	Qual Cavello Gray
	The state of the s
Cc Toungoson	Firma y sello
	Registro profesional

			-
$\sim$			