

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 01/10/2018 HORA: 19:50 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Juana Jimenez

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC. NUM.DOC: 41654446 GENERO: F.

PRIMER APELLIDO: Alfonso SEGUNDO APELLIDO: De Medellin. PRIMER NOMBRE: Blanca SEGUNDO NOMBRE: Anton EDAD: 63.

FECHA DE NACIMIENTO: 07/05/1955 LUGAR DE NACIMIENTO: Bogotá.

ESTADO CIVIL: Casada. OCUPACION: Ama de casa

DIRECCION: Cra 1A Bis # 27A-40 Sta Isabel TELEFONO: 3203712379 RANGO EPS: A

EPS: N. EPS. BENEFICIARIO: Y. COTIZANTE: SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

IPS QUE REMITE: San Rafael Bogotá

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS: Ana Bertha Rendo Linares. DOCUMENTO: 41383978. TELEFONO FIJO: 2370322. TELEFONO CEL:

PARENTESCO: Cuidadora OCUPACION: DIRECCION: Cra 1A Bis # 27A-40 Sta Isabel

CORREO ELECTRONICO:

NOMBRES COMPLETOS: DOCUMENTO: TELEFONO FIJO: TELEFONO CEL:

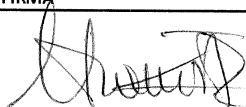
PARENTESCO: OCUPACION: DIRECCION:


CORREO ELECTRONICO:

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Liliana Naranjo	Medico	87435608		013280

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

Yo Ana Bertha Rendo mayor de edad, identificado con C.C. N. 41383978 de la ciudad de Jinin, en calidad de responsable del paciente Blanca Rendon Alfaro identificado con C.C. N. 41659446 de la ciudad de _____, 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.

		FORMATO CONSENTIMIENTO/DISSENTIMIENTO HOSPITALIZACION
Original: 21/09/2016 Versión: 01		FR - HOIN - 04
Actualización: - / - / - Página 2 de 3		

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 _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____

Firma del testigo o responsable del paciente _____ **C.C. N.** _____
Nombre del testigo o responsable del paciente _____
HUELLA _____
 El paciente _____ no puede firmar por:

Se firma a los 01 días del mes de 10 del año 2028
Nombre del médico Lila Naura. **C.C. N.** 87435608.
Registro profesional _____