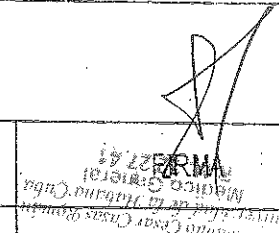



DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO									
11/04/18		22+38							
FECHA		HORA		HC					
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
TIPO DE DOCUMENTO		CC.		NUMERO DE DOCUMENTO		1090987033		GENERO	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD			
ORTEGA		RIVERO		VANESSA ALEJANDRA					
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		OCUPACION		TELEFONO	
17/DIC/1998		Facatativa		Soltera		Estudiante			
DIRECCION		BARRIO		CIUDAD		EPS		TIPO DE VINCULACION	
Villa del Prado		Facatativa		faca.		Famisanar		Contributivo	
PACIENTE REMITIDO		SI		NO		IPS REMITENTE			
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE									
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO			
Yanneth Rivero		CC.		35.532.965		3118656558			
PARENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD	
Madre		Empleada		—		Villa del Prado		Faca.	
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO			
PARENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD	
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA									
OTROS DIAGNOSTICOS:									
MEDICO TRATANTE									
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA									
MEDICAMENTO						CANTIDAD			
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE									
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE		CARGO		NUMERO DE DOCUMENTO		FIRMA			
									

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

Yo Gamilita Rivero Morales mayor de edad,  
 identificado con C.C. N° 35532465 de la ciudad de Faica, en calidad  
 de responsable del paciente Vanessa Alejandra Ortega  
 identificado con C.C. N° 107096733 de Faica, 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:

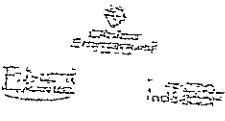
**INFORMACIÓN:** Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
	Actualización: --/--	Página 2 de	

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 esta 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 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:

*YHM.*

Nombre del Paciente:

*Yamir Puerto*

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

*33 532 965*

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

*Comando Cesar Casas Riquelme*  
*Unidad de la Habana Cuba*  
*Médico General*  
*R.M. 32-27-41*

Firma y sello

Registro profesional

