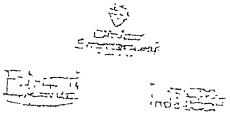


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC		
05/07/18 17:55 DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE				
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NUMERO DE DOCUMENTO	1070.975.977	GENERO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO	Soacha	SEGUNDO APELLIDO	Alcaneal	EDAD 22
FECHA DE NACIMIENTO	04/01/1996	LUGAR DE NACIMIENTO	Madrid	ESTADO CIVIL Soltera
DIRECCION	CR 8 # 6-01	BARRIO	Rosal	OCCUPACION Empleado
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IPS REMITENTE	Clinica Santa Ana	TIPO DE VINCULACION Cotizante A
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE				
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Jose Martin	TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NUMERO DE DOCUMENTO 11.434.833
PARIENTESCO	Padre	OCCUPACION	Empleado	TELEFONO 3118540209
DIRECCION	CR 8 # 6-01	BARRIO	Rosal	
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	
Jairo Gory M	MED GENERAL	1102819592	Jairo Gory M	

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----	Versión: 03 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 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 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:

Alexand Sanchez Pardo

Firma del Paciente:

CC. o Huella: 1070975917

Alexand Sanchez

Nombre del Paciente:

Jose Manuel Martin

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

[Signature]

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

11 434 833

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 5 días del mes de JULIO del año 2018

Jairo Gary M

Nombre del médico

Cc 1102819592

Jairo Gary M

Firma y sello

Registro profesional