

Institucional

Clinica  
Emmanuel

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC	1.016.065.782		
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE					
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	1.016.065.782	GENERO	M
PRIMER APELLIDO	Murcia	SEGUNDO APELLIDO	Camila	NOMBRE	Alexandra
FECHA DE NACIMIENTO	19-04-1977	LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota	ESTADO CIVIL	Soltera
DIRECCION	Calle 22 N° 113-46	BARRIO	Fantibon	CIUDAD	Bogota
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	IPS REMITENTE	Famisan	

### DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
Paula Edith Murcia	CC	51678678	311 288 4262
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
Madre	Empleada	murcia.edith@gmail.com	Calle 22 N° 113-46
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
Jose Ignacio Ordoñez	CC	79 293159	311 260 2182
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
Padre	Empleado	chepanachocios@gmail.com	Calle 22 N° 113-46

### DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

Trastorno Mental leve-moderado - Trastorno Comportamental Asociado

OTROS DIAGNOSTICOS:


MEDICO TRATANTE

### MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD
Paracetamol Tableta x 10 miligramos	10 - 10 - 10
Clonazepam Tableta x 100 miligramos	10 - 10 - 10
Alprazolam Tableta x 250 miligramos	2 - 1 - 1
Clonazepam ampolla x 10 miligramos	en caso de emergencia

### HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA

 <b>CLÍNICA</b> <b>EMMANUEL</b> <b>F-SM/CM-004</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN</b>	
	Versión: 00	Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 1 de 3

Yo Roda Edith María Varela mayor de  
 edad, identificado con C.C. N° 51-612-672 de la ciudad de  
Bogotá en calidad de responsable del  
 paciente Orlando Alexander Ordóñez Huérfano  
 identificado con C.C. N° 1016065782 de la ciudad 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 psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento bajo hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. 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, un psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un 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 otro centro 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 mecánica por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el medico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

#### DERECHOS DEL PACIENTE:

- Calidad en la atención: Recibir la mejor atención disponible, con las mejores condiciones éticas y de calidad.



CLÍNICA  
HOSPITALARIA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 3 de 3

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:

Nombre del Paciente:

Concepción Alexandra Ordóñez

CC. o Huella:

1616063782

Firma del Testigo o Responsable del Paciente:

[Firma]

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente:

Roberto Santa María

CC. o Huella:

[Firma]

Relación con el paciente:

Madre

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de Enero del año 2016