


19/11/2018 DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC			
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE					
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NUMERO DE DOCUMENTO	GENERO	M	F
PRIMER APELLIDO	Florez	SEGUNDO APELLIDO	Hernandez	NOMBRE	Jhon Alexander
FECHA DE NACIMIENTO	20/sep/1997	LUGAR DE NACIMIENTO	Call	ESTADO CIVIL	Soltero
DIRECCION	Cll 39 Sur # 72m 27	BARRIO	timis	CIUDAD	Bohota
PACIENTE REMITIDO	SI	X	NO	IPS REMITENTE	sanitas
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE					
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	x Miguel Florez	TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NUMERO DE DOCUMENTO	16 737 675
PARENTESCO	Padre	Ocupacion	Empleado	CORREO ELECTRONICO	Cll 39 Sur # 72m 27
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Eneidy Hernandez	TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NUMERO DE DOCUMENTO	31929 315
PARENTESCO	Mama	Ocupacion	Empleada	CORREO ELECTRONICO	
DIAGNOSTICOS DE PSIQUIATRIA					
Esquizofrenia Paranoide F20.0					
OTROS DIAGNOSTICOS:					
MEDICO TRATANTE	x	Juan C. Cuellar	+1		
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA					
MEDICAMENTO					CANTIDAD
Risperidone					tbl 2x
Lonhexom					tbl 2x
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE					
Riesgo Fuga. Riesgo de heterosiquen- vidad					
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	Juan C. Cuellar	CARGO	Psiquiatra	NUMERO DE DOCUMENTO	75004570
				FIRMA	J. Cuellar

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN	
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2015
	Actualización: --/--/----	Versión: 01
Página 1 de 3		

Yo Miguel Reigel Flores mayor de edad,
 identificado con C.C. N° 16734675 de la ciudad de Cuti, en calidad
 de responsable del paciente John Flores Hernandez
 identificado con C.C. N° 1030681189 de Boqueron, 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:

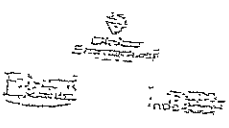
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 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 comprometo una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

** Miguel Flores*

Firma del Paciente:

CC. o Huella: 16737075

Jhon Flory Hernandez

Nombre del Paciente:

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:

El paciente no puede firmar por: Edadacion

Relación con el paciente:

Se firma a los 19 días del mes de 04 del año 2018

Juan C. Cuellar

Nombre del médico

Cc 75064578

JCC

Firma y sello
Registro profesional

Dr. Juan C. Cuellar Hernandez
Psiquiatra
C.C. 75064578
Reg. 15185/1346

15185

