


<b>DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO</b>				FECHA INGRESO: 17/09/18		HORA: 18+13		PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Jhoque Jimenez	
<b>DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>									
TIPO DOCUMENTO: 00		NUM.DOC: 1012463500		GENERO: F					
PRIMER APELLIDO: Jagoz		SEGUNDO APELLIDO: Diaz		PRIMER NOMBRE: Nahila		SEGUNDO NOMBRE:		EDAD: 19	
FECHA DE NACIMIENTO: 06/08/1999				LUGAR DE NACIMIENTO: Bego La.					
ESTADO CIVIL: Soltera		Ocupacion: Hoga		TELEFONO: 3016046265		RANGO EPS:			
DIRECCION: 01831Bor # 804-09		TELEFONO:		COTIZANTE:		SUBSIDIADO		CONTRIBUTIVO: X	
EPS: Fm		BENEFICIARIO: X		COTIZANTE:		SUBSIDIADO		CONTRIBUTIVO: X	
IPS QUE REMITE: Clinica Roma									
<b>DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE</b>									
NOMBRES COMPLETOS: Mana Ines. Diaz Rodriguez		DOCUMENTO: 51942218		TELEFONO FIJO: 3208282006		TELEFONO CEL:			
PARENTESCO: Madre		Ocupacion: Fonoaudi.		DIRECCION: 01831Bor # 804-09					
CORREO ELECTRONICO: no data									
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: Médico General		DOCUMENTO: 102819592		FIRMA: Jhoque Jimenez		REGISTRO MEDICO: 102819592			



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


Yo Maria Inez Diaz C.C. N. 5194218 de la ciudad de Medellin, en calidad de M. lo - curd, mayor de edad, identificado con 101246350 de la ciudad de Medellin, 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 interviendra 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 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.

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO</b>		<b>INFORMADO</b>	<b>DE</b>
	<b>HOPITALIZACION</b>			
	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01	
	Actualización: - / - / -	<b>Página 2 de 3</b>		

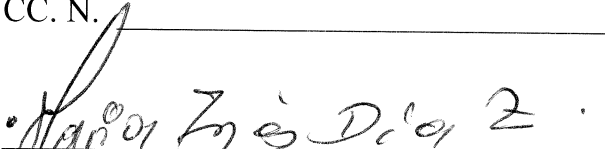
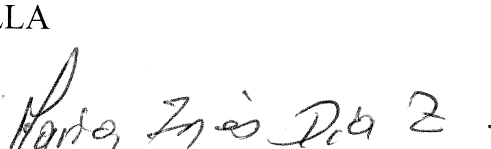
Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, traslado que se realizara por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

## CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted proporcione de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizara 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:

<b>FIRMA DEL PACIENTE</b>		<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>	
CC. N. _____	HUELLA _____		
			
Firma del testigo o responsable del paciente		Nombre del testigo o responsable del paciente	
C.C. N. <u>51. 942 2 18</u>	HUELLA _____		
El _____	paciente	no	puede
			firmar
			por:

Se firma a los 11 días del mes de SEPTIEMBRE del año 2018

Nombre del medico Jairo Garay M  
C.C. N. 102819542 Registro profesional