

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

06-07-18 21+

FECHA HORA HC 79651210

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		GENERO	M	X	F
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD	
Gonzalez		Clavijo		Jose Fernando		46a	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCCUPACION	TELEFONO			
28-Jun-1972	Bogota	Soltero	Ninguna	3166736303			
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION			
Cra 18 # 41-45 Ap 305	Camino Real 2 Nono	Huila	Sanitas	Cofazante			
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	
Jose Rufino Gonzalez		CC	2914432	8760922	
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD	
Papa			Cra 18 # 41-45 Ap 305	Huila	
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
				316664490	
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD	

DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

OTROS DIAGNOSTICOS:

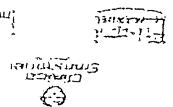
MEDICO TRATANTE

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
Alfonso	medico	322xvi	Alfonso

		FR - HOIN - 04	
Original: 21/09/2016		Actualización: --/--/----	
Versión: 01		Página 1 de 3	




Yo José Rufino González Sánchez identificado con C.C. No 2914432 de la ciudad de Medellín, en calidad de responsable del paciente José Aldo González Sánchez identificado con C.C. No 79651210 de Medellín, 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 asistentes 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 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, que 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 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 comprometo 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:

Nombre del Paciente:

Firma del Testigo o Responsable del Paciente:

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente:

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 06 días del mes de Julio del año 2018

Nombre del médico

Cc

Firma y sello
Registro profesional

