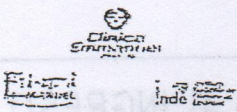


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

09-06-18 23:00		HC 38.287.200	
FECHA	HORA	HC	
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	38287200
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD
Bernate	Olaja	Ether Yaneth	48a
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCCUPACION
23-sep-1975	Herveo Tolima Union libre		Hogar
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	IPS
007#25-40	Los pozos	Fuena	CONVIDA Beneficiario Subscrito
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
Karen Alejandra Moreno	CC	1073522698	3115259982
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
Hija	Hogar	eybas@hotmail.com	007#25-40 Fuena
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
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
Luis David Montenegro T	Medico	1010193036	Luis David Montenegro T

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION	
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/--
		Versión: 01 Página 1 de 3

Yo Karem Alejandra Moreno Bernate mayor de edad, identificado con C.C. N° 10935226918 de la ciudad de Turkey cund, en calidad de responsable del paciente Ethier Janeth Bernate Olaya identificado con C.C. N° 38287200 de Florida Tolima, 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:

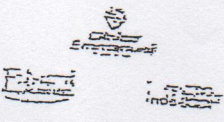
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 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.

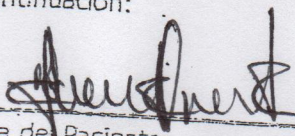
CONFIDENCIALIDAD

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.

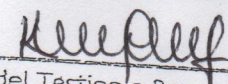
Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede desistir en caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del paciente.

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 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: 08287200

Cather Yaneth Bernate
Nombre del Paciente:


Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Karem Moreno Bernate
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

1073522698
CC. o Huella:

Hija
Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 09 días del mes de 06 del año 2018

Luis David Montealegre Tryillo
Nombre del médico
Cc 1010173036

Luis David Montealegre
Firma y sello
Registro profesional 10787