| DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO | | | | | | |
|---|-------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------|--|--|
| FECHA INGRESO: 25/07/18 | HORA | : 9+56 | PERSONA QUE REALIZA INGRESO | · Lagorna Co | orredor. | |
| | | | | | | |
| TIPO DOCUMENTO: COLO NUMBROS. 1 015 480.079 | | | | | | |
| TIPO DOCUMENTO: | NUM. | DOC: 1,015.48 | 0.079 | GENERO: - | | |
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | EDAD | |
| Bolivar | S | anchez | Angi | 201ena | 19 | |
| FECHA DE NACIMIENTO: 17103 11999 | | LUGAR DE NACIMIENTO: 150 GO + CA. | | | | |
| ESTADO CIVIL: SOLTEI | ٩ | | OCUPACION: ESTOS | liante. | Δ | |
| DIRECCION: CI 1288 # | 9 | 1-30 | TELEFONO: 68(87 | 19 | RANGO EPS: | |
| EPS: Faikisanal | BENE | FICIARIO | COTIZANTE C. | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | |
| IPS QUE REMITE: Cafam | _5 | odo | | | | |
| | | | | | | |
| DATOS D | ELF | RESPONSABLE Y/O | REPRESENTANTE LEG | IAL DEL PACIENTE | | |
| NOMBRES CO | | | DOCUMENTO | TELEFONO FIJO | TELEFONO CEL | |
| Gladys Sons | - 1 | | I . | 6818719 | | |
| PARENTESCO: Mama. | OCUP | acion: Empleado | DIRECCION: CIL 128 | B#91-30. | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | | | |
| NOMBRES | NAD! | TOS | DOCUMENTO | TELEFONO FUO | ANO FILO | |
| NOMBRES CO | MPLE | 105 | DOCUMENTO | TELEFONO FIJO | TELEFONO CEL | |
| | | | | | | |
| | OCUP | ACION: | DIRECCION: | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | : | |
| MEDICAMEN | | | ENTOS QUE ENTREGA | | | |
| MEDICAN | IENTO |) | | CANTIDAD | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE | | | | | | |
| | | | | | arama see a company and a comp | |
| | | | | | | |
| | CARG | 0 | DOCUMENTO | FIRMA | REGISTRO MEDICO | |
| JAJEO GREAM M | 4 | MG GENERAL | morsinsar | Jain Gaz M | Morg 4502 | |

FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION FR - HOIN - 04 FR - HOIN - 04

| Yo Obdy Sanco C.C. N. 3551110 | her Horato | mayor de edad, | identificado con |
|----------------------------------|--------------------------|--|------------------|
| C.C. N. 3551110 | de la ciudad | de Bogota | _, en calidad de |
| responsable del paciente | Angre Lorena | Boliver Sanchez de la ciudad de Voc | |
| identificado con C.C. N. | 10 15 480 079 | de la ciudad de vo | iota, |
| por medio del presente, t | eniendo 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 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 seré 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.

| Consumerous Englisherist | FORMATO HOPITALIZA | CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO | INFORMADO | DE |
|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---------------|----|
| W | ED LIGHN 6 | Original: 21/09/2016 | Versión: 01 | |
| * Inde Program | Inde Personal Services FR - HOIN - 04 | Actualización: - / - / - | Página 2 de 3 | |

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 proporciones 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 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:

| Any: (orena Bolivai | 5. | F | Indi Cocer | og Bollyar S | anche? |
|---|---------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------------|-----------------|
| FIRMA DEL PACIENTI | | | NOM | BRE DEL PAC | CIENTE |
| CC. N. 101548007 | 9 | HUELLA | | | |
| Firma del testigo o respon | | Nombre de | <i>Sarch</i> l testigo o | 2 Yord responsable de | o l paciente |
| C.C. N. 3551107 | • | HUELLA | | | |
| El paciente | no | puede | | firmar | por |
| Se firma a los <u>25</u> Nombre del medico <u>J</u> C.C. N. <u>Mozsigsa</u> | días del mes de <u>Ju</u> | | del año _ profesiona | | _ |