
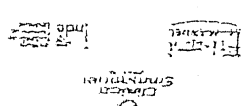


29-06-2008/02+

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC		
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE				
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	23.546.354	GENERO
PRIMER APELLIDO	Galindo	SEGUNDO APELLIDO	Mendoza	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	11-01-1950	ESTADO CIVIL	Divorciado	EDAD
DIRECCION	Barrio	CIUDAD	Bogota	TELEFONO
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	IPS REMITENTE	TIPO DE VINCULACION
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE				
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Oscar Mauricio Jober	TIPO DE DOCUMENTO	CC	TELEFONO
PARENTESCO	Hijo	OCCUPACION	Independiente	TELEFONO
DIRECCION	Barrio	CIUDAD	Bogota	TELEFONO
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	
Dr. Cind	Medico General	206036454	 Dra. Cind Médico General R.M. 1.016.036.454	

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



Yo Dr. Mauricio Soler Colindo identificado con C.C. No 3172951 de la ciudad de Tingo mayor de edad, en calidad de responsable del paciente Dioselino Colindo Mercedano identificado con C.C. No 235416354 de Ojutama 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:

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 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. Misos 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 vistas, 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: 77.526.3521

Nombre del Paciente: Diego Gabriel

Firma del Testigo o Responsable del Paciente:

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: Dra. Mauricio Solo Golindo

CC. o Huella: 7772951

Relación con el paciente: Año

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 29 días del mes de Junio del año 2018.

Nombre del médico:

Cc 296036154



Dra. Cindy Cely Guzmán
Médico General
R.M. 1.016.036.454

Firma y sello
Registro profesional

