

# DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA: 07/01/18 HORA: 18:00 HC: 1069434153

## DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO	Cedula ciudadana	NUMERO DE DOCUMENTO	1069434153	GENERO	M	X	F
PRIMER APELLIDO	Molina	SEGUNDO APELLIDO	Oliveros	NOMBRE	Cesar Enrique		
FECHA DE NACIMIENTO	24-Nov-1992	LUGAR DE NACIMIENTO	San Juan Rio de Oro Soltero	OCCUPACION	TEL EFONO		
DIRECCION	Calle 15 # 2-10	BARRIO	los molinos	CIUDAD	Facatativa	TIPO DE VINCULACION	
PACIENTE REMITIDO	SI	X	NO	IPS REMITENTE	Famisanar	Subordinado	
H.O.R.E.							

## DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TEL EFONO
Martha Oliveros	21067724CC	21067724	3016678044
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
madre	independiente		
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TEL EFONO
			3115026732
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
Jairo Garay			

Jairo Garay Manrique  
MEDICO GENERAL  
C.C. 1.102.819.542

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

Yo Martha Oliveros Ortiz mayor de edad,  
 identificada con C.C. No 21067724 de la ciudad de USABUEN, en calidad  
 de responsable del paciente Cesar Molina Oliveros  
 identificada con C.C. No 1069439153 de SAN JUAN RTO SECO, 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: 01 Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facetativa, traslado que se realizará por parte de la institución y al 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 siempre 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:

*Martha Olivera Ortiz*

*Martha Olivera Ortiz*

Firma del Testigo o Responsable del Paciente:

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente:

21067724

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

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

*Jairo Garay M*

Nombre del médico

Cc. *Jairo Garay Manrique*

**MEDICO GENERAL**  
**C.C. 1.102.819.542**

Firma y sello

Registro profesional