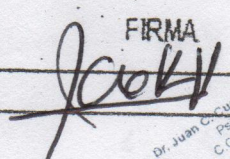



DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO							
06/06/18	17:29						
FECHA	HORA	HC					
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE							
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NUMERO DE DOCUMENTO	1.000.517.218	GENERO	M	F	X
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD		
GONZALEZ	CACERES		YENY ESTEFANIA		14 años		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCCUPACION	TELEFONO			
15/NOV/2003	Bogota	Soltera	Estudiante	3133893638			
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION			
Calle 25#24-48C	Crimmo Real	Fusagasuga	N. EPS	Beneficiaria			
PACIENTE REMITIDO	SI	X	NO	IPS REMITENTE			
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE							
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO				
Elizabeth Caceres	CC	39.705.191	3133893638				
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD			
Madre	Empleada		Calle 25#24-48C	Crimmo Real			
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO				
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD			
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA							
Trastorno Depresivo Recurrente F33.1.							
OTROS DIAGNOSTICOS:							
MEDICO TRATANTE							
Juan C. Aceller H.							
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA							
MEDICAMENTO				CANTIDAD			
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE							
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA				
Juan C. Aceller H.	Psiquiatra	75064570					
<small>Dr. Juan C. Aceller H. Psiquiatra C.C. 75064570 Reg. 151651348</small>							

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES	
	FR - HOFA - 01	Original: 02/05/2018 Actualización: --/--/----
		Versión: 01 Página 1 de 3

Yo Elizabeth Cocero Alburcan mayor de edad,
 identificado con C.C. N° 39705191 de la ciudad de Bogotá, en calidad
 de responsable del paciente Yeny Eirafonia Gonzalez Licon
 identificado con C.C. N° T/ 1000517218 de Bogotá, por medio del
 presente autorizo al Consorcio Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de Rehabilitación 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 del Programa de Adicciones "Renacer" 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 HOSPITALIZACION PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES	
	FR – HOFA – 01	Original: 02/05/2018 Actualización: --/--/----

Versión: 01
 Página 2 de 3

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.

Su ingreso al Programa Renacer es **VOLUNTARIO**, al firmar este documento acepta y acata el Manual de Convivencia, las fallas o incumplimientos son motivos de Expulsión del Programa.

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 compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del programa y firmo a continuación:

X Yenni Gonzalez Caceres.
 Firma del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____
 CC. o Huella: _____

X Elizabeth Caceres A 39705191
 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 00 días del mes de Junio del año 2018
Juan C Cuellar H
 Nombre del médico _____
 Cc _____

Juan C Cuellar
 Firma y sello _____
 Registro profesional _____
Dr. Juan C. Cuellar Hernandez
Psiquiatra
C.C 75064578
Reg. 15185/1348