

  	CONSTANCIA DEL PACIENTE SOBRE LA TERMINACION MEDICO- PACIENTE Y ACTA DE EGRESO VOLUNTARIO	
	RF- HION - 003	Original: 02/02/2016 Actualización 30/12/2016
		Version:01 Página 1 de 1

NOMBRE DEL PACIENTE	Blanca Yamira Camargo Ibañez
FECHA SALIDA	Sept 21/2017
EDAD	32 años

yo Alicia Ibañez Buitrago
 Identificado/a con CC 24.010.636 en calidad de Mamá
 de el/la paciente Blanca Yamira Camargo Ibañez
 Identificado/a con CC 53.040957

Hago constar

Primero que en ejercicio de cuidador (a) y la libertad legal para prescindir de los servicios del médico tratante y equipo terapéutico, decidimos no continuar por ahora recibiendo la atención que la CLINICA EMMANUEL me ha venido prestando por conducto de sus médicos y equipo terapéutico.

Segundo Que se me ha informado claramente y ampliamente de los riesgos y complicaciones que pudieran llegar a presentarse por terminar de esta manera la relación médico paciente, el cual impide el control, la vigilancia y el tratamiento asistencial prescrito para el caso. En especial el elevado riesgo de un nuevo episodio de autoagresión que pone en riesgo la integridad física del paciente.

Tercero Que por las razones anteriores, con plena explicación y conocimiento de los efectos de la decisión, **ASUMO LA PLENA RESPONSABILIDAD** de las consecuencias que implica el **RETIRO VOLUNTARIO DE LA CLINICA EMMANUEL**.

Firma del Paciente x [Firma]

CC. 53040957

Firma del Familiar x Alicia Ibañez

CC. 24010636

Firma del Especialista x [Firma]

RM. 103417359

ESPACIO PARA DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR

Los suscritos testigos declaramos que el paciente al que se refiere la constancia que antecede a pesar que la CLINICA EMMANUEL le hizo la advertencia en ella señalada **SE NEGÓ A FIRMAR**

Nombre del Testigo: Ma del Rosario Gutierrez Cero

Firma del Testigo [Firma]

CC. 391769780

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA <u>2/Sept</u> HORAS <u>21:11</u> HC			
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
TIPO DE DOCUMENTO	<u>CC</u>	NUMERO DE DOCUMENTO	<u>53040457</u> GÉNERO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<u>Coma-ya</u>		<u>Ibáñez</u>	<u>Blanca Yanira</u>
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN
<u>8/Sept/84</u>	<u>Moniquira</u>	<u>Separada</u>	<u>Sasanta</u>
DIRECCIÓN	BARRIO	CIUDAD	EPS
<u>cel 40 sur No 20-36</u>	<u>Quirógo</u>	<u>Bogotá</u>	<u>Sonitos</u>
PACIENTE REMITIDO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	IPS REMITENTE	<u>Banaflexia</u>
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE			
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELÉFONO
<u>Alicia Ibáñez</u>	<u>CC</u>	<u>24010636</u>	<u>3133067866</u>
PARENTESCO	OCUPACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN
<u>Mamá</u>	<u>Ana de casa</u>	<u>cel 40 sur No 20-36</u>	<u>Quirógo</u>
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELÉFONO
PARENTESCO	OCUPACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN
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
<u>Ma del Rosario Gutierrez</u>	<u>Enfermera</u>	<u>39.769.780</u>	<u>MR Gutierrez</u>