

# 125363

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 24-09-2018 HORA: 21:07 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Juez Vinegas

## DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC NUM.DOC: 1.006.130.716 GENERO: Femenino

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE EDAD

Ramirez Yaima Maria Victoria 18 años

FECHA DE NACIMIENTO: 10-Nov-1999 LUGAR DE NACIMIENTO: Ibagué

ESTADO CIVIL: Soltera OCUPACION: Desempleada

DIRECCION: Hacienda Calambuco Apto 702 TELEFONO: 3152989920 RANGO EPS:

EPS: Sanitas BENEFICIARIO COTIZANTE SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO

IPS QUE REMITE:

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

NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL

Sandra Lucia Lopez Chaux 1.110.569.316 3118806585

PARENTESCO: Amiga OCUPACION: Hogar DIRECCION: Vda pastales Vía maon del convecina

CORREO ELECTRONICO:

NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO CEL

PARENTESCO: OCUPACION: DIRECCION:

CORREO ELECTRONICO:

## MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

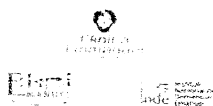
MEDICAMENTO	CANTIDAD

## HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE CARGO DOCUMENTO FIRMA REGISTRO MEDICO

Cindy Kelly Medico General 1016936454

Dra. Cindy Kelly Guzmán  
Médico General  
R.M. 1.016.936.454

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

Yo VICTORIA RAMIREZ YAIMA mayor de edad, identificado con C.C. N° 1006130716 de la ciudad de \_\_\_\_\_, en calidad de responsable del paciente Sandra Lucia Lopez identificado con C.C. N° 1110569316 de Imague, 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.

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES</b>	
	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:

Victoria Ramirez Yajima  
 Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 CC. o Huella: 1006130716

Sandra Lopez  
 Firma del Testigo o Responsable del Paciente \_\_\_\_\_ Nombre del Testigo o Responsable del Paciente \_\_\_\_\_  
Sandra Lopez

1110569316  
 CC. o Huella: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: amiga

El paciente no puede firmar por: \_\_\_\_\_

Se firma a los 24 días del mes de 04 del año 18

Cindy Cely Gorman  
 Nombre del médico  
 Cc 2016036454

  
 Firma y sello  
 Registro profesional  
 Dra. Cindy Cely Gorman  
 Médico General  
 R.M. 11016.036.454