 Instituto Nacional de Demencias Emanuel	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	F-GC-011	Versión: 03	Fecha de emisión: 2012-03-05
Página 1 de 1			

FECHA: _____ DIA: 05 MES: Mayo AÑO: 2014

Yo Derly Rocío Yate Agudelo mayor de edad, identificado con
CC. N° 28684907 como responsable del
paciente Angelica Bocanegra Yate identificado con C.C.
N° _____ autorizo al Instituto Nacional de Demencias Emanuel para la realización del
procedimiento de atención integral en demencias, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre
los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas,
por la toma diaria de tensión arterial, medición de glucosa, lavados nasales entre otros. Además signos
consecuentes como hematomas por masaje manual, enrojecimiento o alergia a causa de electro estimulación o
por contacto con material terapéutico, fatiga muscular por actividad física u otros factores que puedan requerir
una extensión del procedimiento original o la realización de otros procedimientos terapéuticos o médicos.

Al firmar este documento reconozco que se me ha informado y explicado, que comprendo perfectamente los
procesos terapéuticos, se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas
que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Acepto que la medicina no es una
ciencia exacta y que no se me han garantizado los procedimientos terapéuticos, 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 procedimiento y firmo a
continuación:

FIRMA DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

CC. O HUELLA:

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:

NO FIRMA

Angelica Rocío Bocanegra Yate

1024495926


Derly Rocío Yate

Derly Rocío Yate

CC. 28684907

madre

que es persona discapacitada

 Instituto Nacional de Demencias Emanuel	CONSENTIMIENTO DERECHOS, DEBERES Y POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	F-GVI-005	Fecha de emisión: 2013-12-05 Versión: 00	Documento CONTROLADO

FECHA:	DIA: 05	MES: Mayo	AÑO: 2014
--------	---------	-----------	-----------

Yo Derly Rocio Bocanegra yate, mayor de edad, identificado con Numero de documento 28684907 de Chaparral, como responsable del paciente Angelica Rocio Bocanegra yate identificado con C.C N° 1024495926, hago constar que el Instituto Nacional de Demencias Emanuel me dio a conocer los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Al firmar este documento reconozco que se me ha informado y explicado, que comprendo perfectamente los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Doy mi consentimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Derly Rocio yate

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: Derly Rocio yate

CC. O HUELLA: 28684907

RELACIÓN CON EL PACIENTE: Madre

CORREO ELECTRONICO: derly07@yahoo.es