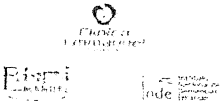


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC		
29/06/18 11:11 DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE				
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NUMERO DE DOCUMENTO	1014.213.567	GENERO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO	Valencia	SEGUNDO APELLIDO	Helo	NOMBRE Christian Samuel
FECHA DE NACIMIENTO	22/08/90	LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota	EDAD 27
DIRECCION		ESTADO CIVIL	soltero	Ocupacion Desempleado
		CIUDAD	Bogota	TELEFONO 312 444 8477
CR 73 # 90-47	La Palma Huandinos	IPS	Nueva EPS	TIPO DE VINCULACION Contributivo
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IPS REMITENTE	Mayol mederi	
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE				
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	DIANA MARCELO BELTRAN	TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NUMERO DE DOCUMENTO 53.118.282
PARENTESCO	Hermano	Ocupacion	Hogar	TELEFONO 312 444 8477
		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION
				BARRIO/CIUDAD
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO
				TELEFONO
PARENTESCO		Ocupacion		DIRECCION
				BARRIO/CIUDAD
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA				
AUT: 90238764				
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 Góngora M	MED GENERAL	102819542	Jairo Góngora M	

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

Yo Diana Marcela Beltrán yelo mayor de edad, identificado con C.C. N° 53118282 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Christian Samuel Valencia yelo identificado con C.C. N° 1014213567 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:

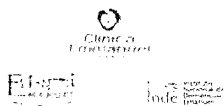
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES	
	FR – HOFA – 01	Original: 02/05/2018 Actualización: --/--/----

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 comprometo una actividad de medio, pero no de resultados.

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

Firma del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____

CC. o Huella: _____

Diana M. Beltrán

Diana Marcela Beltrán

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

53.118.282

Hermana

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 29 días del mes de Junio del año 2018

Jairo Góngora M
MEDICO GENERAL

Nombre del médico

Cc *110281952*

Firma y sello

Registro profesional