

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA: 09-03-2014 HORA: 22:40 HC: 93 010589				
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE				
TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		GENERO
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
Gusman		Villegas		Javier
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCCUPACION	TELEFONO
09-MAR-1971	Villahermosa	Casado	Agricultor	3219933399
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION
Calle 6 # 71-11	La Larena	Toluca	Villahermosa	Subordinado
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
Martha Gusman V.		Cedula	28.817.176	3219933399
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
Hermana	Hogar		Aca la Lira Paralelo el Eden	Libano
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
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
Luis David Montenegro A.		Medico	1010173036	Luis David Montenegro A.

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2015 Actualización: -/-/-	Versión: 01 Página 1 de 3

Yo Martina Guzman mayor de edad, identificado con C.C. No 28.817.746 de la ciudad de Murillo, en calidad de responsable del paciente Javier Guzman identificado con C.C. No 93070589 de Villa Ermosa por medio del presente autoriza a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento 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 figera 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 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		
FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 03
	Actualización: -/-/-	Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, traslado que se realizará por parte de la institución y al 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.

Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede desistir en caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del paciente.

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 procedimiento y firmo a continuación:

JAVIER GUSMAN

Firma del Paciente:

CC. o Huella: 93010589

JAVIER

Nombre del Paciente:

Martha Guzman

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Martha Guzman

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

28.877776

CC. o Huella:

hermana

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 09 días del mes de Mayo del año 2018

Luis David Montenegro Trujillo

Nombre del médico

Cc 1010173036

Luis D. Trujillo

Firma y sello

Registro profesional: 18785