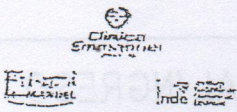


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO									
20 06 18		12:36 PM							
FECHA	HORA	HC							
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
TIPO DE DOCUMENTO		CC	NUMERO DE DOCUMENTO		20342364	GENERO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD			
Calindo		Apoite		Flor Angela		25			
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		OCUPACION		TELEFONO	
09.11.1942		Tibana		Viuda		Hogar		3105683357	
DIRECCION		BARRIO		CIUDAD		EPS		TIPO DE VINCULACION	
Da 9A N 36 21 JVR		Bacelara		Cagota		FMS		Continuado	
PACIENTE REMITIDO		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	IPS REMITENTE			
		H. San Carlos							
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE									
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS			TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO		
Carlos Avaro Diaz G.			CC		79.559151		3157030801		
PARIENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD	
Hijo		Independiente		karlozdiaz201@gmail.com		Borja S. Calato			
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS			TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO		
Yolka Catherine Diaz							320236718		
PARIENTESCO		OCUPACION		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		BARRIO/CIUDAD	
Nieta									
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA									
OTROS DIAGNOSTICOS:									
cat (eng) B									
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 Garay M			MEDICO GENERAL		110789592		Jairo Garay M		



	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN</b>		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/---	Versión: 01 Página 1 de 3

Yo Carlos Afro Díaz Galindo mayor de edad,  
identificado con C.C. N° 295591551 de la ciudad de Bogotá, en calidad  
de responsable del paciente Flor Angela Galindo Aponte  
identificado con C.C. N° 20342764 de Tibana, por medio del  
presente autorizo 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.

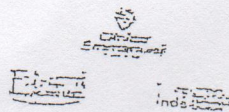
**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le administrarán medicamentos que de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo todos los fármacos administrados por cualquier vía pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, estos van desde los más leves como 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 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 HOSPITALIZACION		
	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 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.

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:

Firma del Paciente:

CC. o Huella:

Nombre del Paciente:

*Carlos Arturo Díaz*

Firma del Testigo o Responsable del Paciente:

*CARLOS ARTURO DIAZ*

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

*79559151 Bogotá*

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: *Analfabeta*

Se firma a los 20 días del mes de JUNIO del año 2018

*Jairo Garay M*  
Nombre del médico  
Cc *1102819592*

*Jairo Garay M*  
*1102819592*  
Firma y sello  
Registro profesional