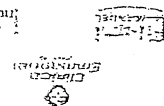


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO						
28/06/18						
FECHA	HORA 16:05	HC				
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE						
TIPO DE DOCUMENTO	cc.	NUMERO DE DOCUMENTO	1077034886	GENERO	M	F <input checked="" type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO	Gonzalez	SEGUNDO APELLIDO	Centeno	NOMBRE	Maria Alejandra	
FECHA DE NACIMIENTO	29/03/1995	LUGAR DE NACIMIENTO	Subachoque	ESTADO CIVIL	Soltera	
DIRECCION	Calle 5A # 5-27	BARRIO	El porvenir	CIUDAD	Subachoque	
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	IPS REMITENTE	Famisanar	Beneficiario		
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE						
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Carolina Centeno	TIPO DE DOCUMENTO	cc.	NUMERO DE DOCUMENTO	20.957.505	TELEFONO
PARENTESCO	Madre	Ocupacion	Hogar	CORREO ELECTRONICO	carolinacenteno2175@gmail.com	DIRECCION
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		TELEFONO
PARENTESCO		Ocupacion		CORREO ELECTRONICO		DIRECCION
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA						
Trastorno Depresivo Recurrente F33.2						
OTROS DIAGNOSTICOS:						
MEDICO TRATANTE	Juan Manuel Lopez					
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA						
MEDICAMENTO					CANTIDAD	
HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE						
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA			
Juan Carlos Cortes	Psiquiatra	35004575	[Firma]			

		FR - HOIN - 04
Original: 21/09/2016		Actualización: --/--/----
Versión: 01		Página 1 de 3

Yo Olga Carline Quinteros



mayor de edad, 20.954.505 de la ciudad de Sucumbay, en calidad de responsable del paciente Maria Alejandra Guevara Quinteros de Sucumbay identificado con C.C. No 1040351888 de Sucumbay 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:

**INFORMACION:** 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 asistentes 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: 01
		Actualización: --/--/----	Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facativá, 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:

x *Alejo*  
 Firma del Paciente:  
 CC. o Huella: \_\_\_\_\_

*Alejandra Gonzalez*  
 Nombre del Paciente:

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: \_\_\_\_\_

*Roberto Soto*  
 CC. o Huella: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

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

Se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

*Juan C. Cuellar*  
 Nombre del médico  
 C.C. 75064578

*Juan C. Cuellar*  
 Firma y sello  
 Registro profesional  
 Dr. Juan C. Cuellar Hernández  
 Psiquiatra  
 C.C. 75064578  
 Reg. 15185/1348

