

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 31-10-18 HORA: 01:05 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Yurea Varela

## DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: <u>CC</u>	NUM.DOC: <u>3.137.312</u>	GENERO: <u>Masculino</u>
PRIMER APELLIDO: <u>Aldana</u>	SEGUNDO APELLIDO: <u>Triana</u>	PRIMER NOMBRE: <u>Everth</u>
		SEGUNDO NOMBRE: <u>Javier</u>
		EDAD: <u>45a</u>
FECHA DE NACIMIENTO: <u>27-Enero-1973</u>	LUGAR DE NACIMIENTO: <u>Quebradonegra</u>	
ESTADO CIVIL: <u>soltero</u>	OCUPACION: <u>Mantenimiento</u>	
DIRECCION: <u>Quebradonegra centro</u>	TELEFONO: <u>3134567162</u>	
EPS: <u>sanitas</u>	BENEFICIARIO: <u>x</u>	COTIZANTE: <u></u>
		SUBSIDIADO: <u></u>
		CONTRIBUTIVO: <u>x</u>
IPS QUE REMITE: <u>Hospital Salazar de Villeta</u>		

## DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS: <u>Nery Armelida Aldana</u>	DOCUMENTO: <u>20.843401</u>	TELEFONO FIJO: <u>3134567162</u>	TELEFONO CEL: <u>3237894300</u>
PARENTESCO: <u>Hermana</u>	OCUPACION: <u>Hogar</u>	DIRECCION: <u>Quebradonegra centro</u>	
CORREO ELECTRONICO: <u>NeryAldana@hotmail.com</u>			

NOMBRES COMPLETOS:	DOCUMENTO:	TELEFONO FIJO:	TELEFONO CEL:
PARENTESCO:	OCUPACION:	DIRECCION:	
CORREO ELECTRONICO:			

## MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

## HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE: <u>Rocio Perez</u>	CARGO: <u>Medico</u>	DOCUMENTO: <u>1129564644</u>	FIRMA: <u>Rocio Perez</u>	REGISTRO MEDICO: <u>1129564644</u>
---	----------------------	------------------------------	---------------------------	------------------------------------

Rocio A. Perez  
 MEDICO GENERAL  
 R.M. 1129564644



## INFORMACIÓN A FAMILIAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Con el fin de garantizar la comunicación con el área de trabajo social se puede realizar comunicación vía What app al número 3042153852, teléfono fijo 4431850 ext 221-222, en el horario de 2:00 PM a 4:30 PM de lunes a viernes.

Una vez estén habilitadas las llamadas de los pacientes, serán de la siguiente manera:

TELÉFONO	PISO	EXTENSIÓN	GRUPO DE PACIENTES Y HORARIO
4431850	1 PISO- MUJERES	ENF. 203 PACIENTES: 204-205-206	Consentidas: 7:00 8:30 pm. Agudas y renacer: 12:30- 2:00 pm
	2 PISO-HOMBRES	ENF. 216 PACIENTES: 217-218-219	Consentidos: 7:00 8:30 pm. Agudas y Renacer: 12:30- 2:00 pm
	3 PISO- HOMBRES, CONSENTIDOS	ENF. 224. PACIENTES:225	Consentidos: 7:00 8:30 pm

Es fundamental que tenga en cuenta que las visitas son en los siguientes horarios:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES FESTIVO
10-11	10-11	10-11	10-11	NO	10-12	10-12	10-12
NO SE PERMITE INGRESO DE ALIMENTOS. SOLO LOS DIAS MIÉRCOLES CAMBIO DE ROPA							
PERMITIDO INGRESO DE ALIMENTOS TIPO ONCES, CAMBIO DE ROPA DIAS DOMINGOS							

Todos los elementos que ingresen del paciente deben venir marcados para facilitar el seguimiento. Deben tener en cuenta que están rotundamente prohibidos, desodorantes, talcos, perfumes en Spray, espejos, nada atisivo a equipos de fútbol, nada con cordones, capota.  
las únicas personas autorizadas para el ingreso son la familia del paciente.  
Es de obligatorio cumplimiento asistir a las valoraciones programadas por el equipo terapéutico, todo en pro del bienestar de su familiar.

## COPAGO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

RANGO DE IBC EN SMLMV (1)	DEL VALOR MAXIMO	VALOR	COPAGO EN %	VALOR	DEL SERVICIO	EVENTO (2)	POR AÑO	VALOR
MEMOR A 2 SMLMV	11,50%	\$ 224.217	\$ 449.214					
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	17,30%	\$ 898.429	\$ 1.796.857					
MAIOR A 5 SMLMV	23,00%	\$ 1.796.857	\$ 3.593.714					

## COPAGO RÉGIMEN SUBSIDIADO

Rango	Porcentaje	Evento	Porcentaje	Topo Evento	Cobrar por Evento 2018	Valor Topo a
Rango B - NIVEL 1	0,0%	0,0%	0,0%			\$0,00
Rango C - NIVEL 2	18,0%	18,0%	50,0%			\$390.621

## CONSTANCIA DE INFORMACIÓN DE INGRESO RECIBIDA POR FAMILIA

Nombre del paciente:

Documento de identidad:

Fecha de información:

Nombre del familiar que recibe información:


Parentesco:

Teléfonos de contacto:

Nombre del profesional que brinda información:

Firma:



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

Yo Nerli Aldora Treu mayor de edad, identificado con C.C. N. 20843491 de la ciudad de Quibacra, en calidad de responsable del paciente Everth Zúñiga Aldora Treu identificado con C.C. N. 3137312 de la ciudad de Quibacra, por medio del presente, 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 atienden le informaran oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como los tratamientos que se lleven a cabo dentro de esta unidad hospitalaria.

**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le administraran 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, 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 seré 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 contención física (inmovilización) por un lapso que no exceda las 2 horas, tiempo en el cual el medico asignado tomara 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, bronco aspiración, 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, que elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudara en el proceso terapéutico del paciente.

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO</b>		<b>INFORMADO DE</b>
	<b>HOPITALIZACION</b>		
	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
	Actualización: - / - / -	<b>Página 2 de 3</b>	

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, traslado que se realizara 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 utilizara 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 ha informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se 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 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. N. \_\_\_\_\_ HUELLA \_\_\_\_\_

Nery Aldora Trana  
Firma del testigo o responsable del paciente \_\_\_\_\_ Nombre del testigo o responsable del paciente \_\_\_\_\_  
C.C. N. 201843491 HUELLA \_\_\_\_\_  
El \_\_\_\_\_ paciente \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ puede \_\_\_\_\_ firmar \_\_\_\_\_ por: \_\_\_\_\_

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

Nombre del medico Paulo Reyes  
C.C. N. 11256464 Registro profesional \_\_\_\_\_