

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 24/09/18 HORA: 9:14. PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Jhoana Jimenez.

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: II NUM.DOC: 1001192681 GENERO: F.

PRIMER APELLIDO: Flores. SEGUNDO APELLIDO: Ray PRIMER NOMBRE: Alejandro. SEGUNDO NOMBRE: EDAD: 16 A.

FECHA DE NACIMIENTO: 13 Nov - 2001 LUGAR DE NACIMIENTO: Bogota

ESTADO CIVIL: Soltero OCUPACION: Academico

DIRECCION: Cra 111A # 75 Torre 6 apt 602 TELEFONO: 3102684060. RANGO EPS: B

EPS: FUS BENEFICIARIO: X COTIZANTE: SUBSIDIADO: CONTRIBUTIVO: X

IPS QUE REMITE: familiar Subag Of

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS: Mansel Ray Triana DOCUMENTO: 51 809 805 TELEFONO FIJO: 4655488 TELEFONO CEL: 3102684060.

PARENTESCO: Madre OCUPACION: Contadora DIRECCION: Cra 111A # 148-75T-6 apt 202.

CORREO ELECTRONICO:

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	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Jairo Gary M	110281959	Medico General	Jairo Gary M	110281959

 	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION	
	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016
	Actualización: - / - / -	Versión: 01

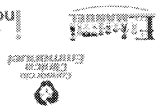
Yo Manuel Ray Triana mayor de edad, identificado con C.C. N. 51809805 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Alejandro Flores identificado con C.C. N. 1001192681 de la ciudad de Bogotá, por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

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.

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

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 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 CC. N. _____ HUELLA _____		NOMBRE DEL PACIENTE NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE _____ C.C. N. 79361997 341 _____ HUELLA _____	
El paciente	no puede	firmar	por:

Se firma a los 24 días del mes de Septiembre del año 2018

Nombre del médico C.C. N. 20819592 Juan Gómez M
Registro profesional _____