


## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	HC	14 Julio 2016			
<b>DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>						
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NUMERO DE DOCUMENTO	1013594332	GENERO	M	F <input checked="" type="checkbox"/> X
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		EDAD	
Mora	Cruz		Paola		28	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	TELEFONO		
16 enero 1988	Bogotá	soltera	Desempleada	311 4653467		
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION		
Institucionalización		Bogotá	Familiar	Beneficiario		
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	IPS REMITENTE	Secretaria de la Mujer			
<b>DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE</b>						
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO		
Jennifer Mora Cruz		C.C.	53118369	3114653467		
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD		
Hermana	Asesora Comercial		Bosca 1188	N 72-40 Sur		
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO		
PARENTESCO	OCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD		
<b>DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA</b>						
OTROS DIAGNOSTICOS:						
MEDICO TRATANTE						
<b>MEDICAMENTOS QUE ENTREGA</b>						
MEDICAMENTO				CANTIDAD		
<b>HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE</b>						
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE		CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA		

		<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN</b>	
<b>F-SM/CM-004</b>	Versión: 00	Fecha de emisión: 2015-12-09	Página 1 de 3

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con C.C. N° \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_, en calidad de responsable del paciente \_\_\_\_\_ identificado con C.C. N° \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_, 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 psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento bajo hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. 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, un psiquiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un 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 otro centro 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 mecánica por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el medico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

#### **DERECHOS DEL PACIENTE:**

- **Calidad en la atención:** Recibir la mejor atención disponible, con las mejores condiciones éticas y de calidad.
- **Comunicación Clara:** Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 3 de 3

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 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. o Huella: \_\_\_\_\_

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

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

CC. o Huella: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

El paciente no puede firmar por:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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