
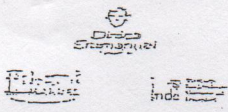


Derecha-ot

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO				
FECHA	07/30	HORA	07:30	HC
11-11-2017		1000520630		
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE				
TIPO DE DOCUMENTO	TI		NUMERO DE DOCUMENTO	GENERO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	EDAD
OT# 2	Arzila		Jelva Raul	36 años
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCCUPACION	TELEFONO
2001-29-09	Bogota	soltero	Academico	3156193610
DIRECCION	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACION
Cra 19# 20-12	Senderos del zapa	Bogota	Tambien	Contribuyente
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IPS REMITENTE		
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE				
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
Maria Estela Arzila	CC	39706702	3156193616	
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
Madre	Amo de casa		Cra 19# 20-12	Bogota
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO	
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA				
OTROS DIAGNOSTICOS:				
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	
Jessio Pisanti	Medico	79686592		

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

Yo Nubia Stella Ardiela Hernandez mayor de edad, identificado con C.C. No 39.706102 de la ciudad de Mosquera en calidad de responsable del paciente Jelion David Ortiz Ardiela identificado con C.C. No 1000520630 de Mosquera, 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:

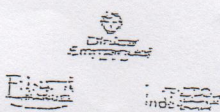
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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
	Actualización: --/--/----	Versión: 01
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 el 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 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. o Huella:

Nombre del Paciente:

Nubia stella Ardila

Nubia stella Ardila

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

391706102

1 mamá

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del médico

Cc

Firma y sello

Registro profesional