

137497

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 25-10-2018 HORA: 03:35 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Yura Caneas

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: 00	NUM.DOC: 79394634	GENERO:	Masculino	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Suarez	Ospina	Marlon	Alonso	53a
FECHA DE NACIMIENTO: 18-MARZO-1965		LUGAR DE NACIMIENTO: Bogota		
ESTADO CIVIL:	Vnun Libre	OCUPACION:	Nieta	
DIRECCION: Calle 41 sur # 908-04		TELEFONO:	3022224412	
EPS: Sanitas	BENEFICIARIO	COTIZANTE X	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO X
IPS QUE REMITE: Clinica Colombia				

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Maria Johana Castillo B	31-200546	3022224412	3022224412
PARENTESCO: Esposa	OCUPACION: Hogar	DIRECCION: Calle 41 sur # 908-04	
CORREO ELECTRONICO:			

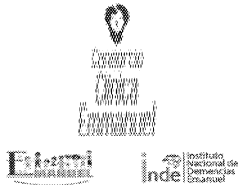
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
PARENTESCO:	OCUPACION:	DIRECCION:	
CORREO ELECTRONICO:			

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Cindy Pely Garmen	Medico General	2016000454	[Firma]	2016000454

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

Yo Maria Yolanda Castillo mayor de edad, identificado con C.C. N. 31200546 de la ciudad de Toluca, en calidad de responsable del paciente Maximiliano Alonzo Suarez Copana identificado con C.C. N. 79344634 de la ciudad de Bogota, 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

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

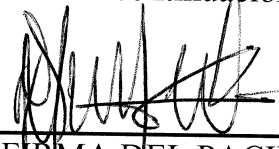

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, traslado que se realizara por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

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:



Marlon Alonzo
 FIRMA DEL PACIENTE NOMBRE DEL PACIENTE

CC. N. 79344634 HUELLA



Yolanda Castillo
 Firma del testigo o responsable del paciente Nombre del testigo o responsable del paciente

C.C. N. 31200546 TUNA HUELLA

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 25 días del mes de Octubre del año 2018

Nombre del medico Cindy Bely Gozman
 C.C. N. 206036454 Registro profesional