

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

08 05 18 12:46 PM

FECHA HORA HC

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	1032414409	GENERO	M	F
PRIMER APELLIDO	Sanchez	SEGUNDO APELLIDO	Ochoa	NOMBRE	Johan Andres	
FECHA DE NACIMIENTO	300688	LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota	ESTADO CIVIL	Soltero	
DIRECCION	Calle 2150-240 este	BARRIO	La Fria	CIUDAD	Nadrid	
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	X	IPS REMITENTE	Dr Cotte Subsidiado	

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Yolanda Ochoa R	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	51713844	TELEFONO	3188218279
PARENTESCO	Mamá	Ocupacion	Hogar	CORREO ELECTRONICO	yolytaochoa@gmail.com		
DIRECCION	Calle 2150-240 este						
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Jesus Antonio Sanchez	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	93117443	TELEFONO	3178252882
PARENTESCO	Padre	Ocupacion	Estilista	CORREO ELECTRONICO	no tiene		
DIRECCION	Bachue						

DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

OTROS DIAGNOSTICOS:

MEDICO TRATANTE

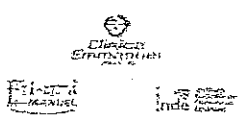
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
Jairo Garay M			

Jairo Garay Manrique
MEDICO GENERAL
C.C. 1.102.819.542

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

Yo Yolanda Ochoa Rodriguez mayor de edad,
identificado con C.C. N° 51713844 de la ciudad de Bogota, en calidad
de responsable del paciente John Andries Sant Ochoa
identificado con C.C. N° 1092414459 de Bogota, 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:

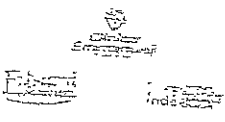
INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atiendan 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 HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----	Versión: 03 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 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 comprometo 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: <u>1032414459</u>	 Nombre del Paciente:
<u>Yolinda Ochoa Rodríguez</u> Firma del Testigo o Responsable del Paciente	Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella: 51713.644.1349 Relación con el paciente: Madre

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 08 días del mes de Mayo del año 2018

 Nombre del médico Jairo Garay Manrique MEDICO GENERAL C.C. 1.102.819.542	Firma y sello Registro profesional
---	---------------------------------------

