

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 27-10-2018	HORA: 21:32	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Yara Vanepps
---------------------------	-------------	---

### DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC	NUM.DOC: 80.189.255	GENERO: Masculino		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Rojas	Adrada	Jhon	Edwin	34 años
FECHA DE NACIMIENTO: 09-Enero-1984	LUGAR DE NACIMIENTO: Leva Norño			
ESTADO CIVIL: Soltero	Ocupacion: Agricultor			
DIRECCION: Agrupacion 7 Cswd 24 Bloque 1	TELEFONO: 3223155123	RANGO EPS:		
EPS: Famisaner	BENEFICIARIO	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE:				

### DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE


NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Yaimy Juliana Meneses	1.126.449.373	3138046233	3223155123
PARENTESCO: Hermana	Ocupacion: Aux podrada	DIRECCION: Agrupacion 7 Cswd 24 Bloque 1	
CORREO ELECTRONICO: yaimy.adrada@hotmail.com			
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
PARENTESCO:	Ocupacion:	DIRECCION:	
CORREO ELECTRONICO:			

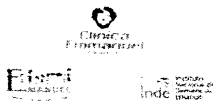
### MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

### HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

--	--	--

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Lila Raim	MD Hosp	5743568		013880

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES</b>	
	FR – HOFA – 01	Original: 02/05/2018 Versión: 01 Actualización: --/--/---- <b>Página 2 de 3</b>

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.

Su ingreso al Programa Renacer es **VOLUNTARIO**, al firmar este documento acepta y acata el Manual de Convivencia, las fallas o incumplimientos son motivos de Expulsión del Programa.

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 programa y firmo a continuación:

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 CC. o Huella: \_\_\_\_\_

*Y. Jermi Moneses*

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

*1126449373*

CC. o Huella: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

El paciente no puede firmar por: \_\_\_\_\_

Se firma a los *27* días del mes de *10* del año *2018*

*Lila Acuña*

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Firma y sello \_\_\_\_\_  
 Cc *0435608* \_\_\_\_\_ Registro profesional \_\_\_\_\_