

F-GC-011

Versión: 04

Ana Sandova

NOMBRE DEL PACIENTE:

Fecha de emisión: 2015-02-23

Página 1 de 2

pad N°_ Ins	mayor de edad, identificado con C. N° 39.688.638 de la ciudad de Bro , en calidad de responsable del cient e Anor Son do vol identificado con C.C. 77.550.700 de la ciudad de Cocurto , por medio del presente autorizo al atituto Nacional de Demencias Emanuel (INDE) a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención integral en mencias al paciente, teniendo en cuenta que se mé ha informado:
1)	Los objetivos, características y beneficios de llevar a cabo este proceso, así mismo como las limitaciones de ést∈ y posibles riesgos que se pueden presentar.
2)	La posibilidad que durante el desarrollo de las actividades y terapias contempladas al interior del tratamiento se pudieran presentar situaciones imprevisibles o inesperadas, por la toma diaria de tensión arterial, medición de glucosa, lavados nasales, cambios de pañales entre otros.
3)	La posible aparición de signos consecuentes a actividades terapéuticas tales como hematomas por masaje marnual, enrojecimiento o alergia a causa de electro estimulación o por contacto con material terapéutico, fatiga muscular por actividad física u otros factores que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otros procedimientos terapéuticos o médicos.
4)	Que los procedimientos que se llevan a cabo dentro de la institución buscan la beneficencia y no maleficencia de los consultantes, y que las acciones terapéuticas que se llevan a cabo están enmarcadas dentro de los lineamientos legales establecidos para el trato con pacientes, así mismo las directrices éticas establecidas para los casos.
5)	Los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.
6)	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.
est abi me ser	firmar este documento doy constancia de que se me han informado y explicado los puntos anteriormente ipulados, así mismo que se me ha dado la oportunidad de plantear las preguntas pertinentes de manera erta y han sido resueltas de manera clara y satisfactoria. De la misma manera declaro que entiendo que la dicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los procedimientos terapéuticos, en el nitido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, ro no de resultados.
	mprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a ntinuación:
FIR	IMA DEL PACIENTE:



F-GC-011

Versión: 04

Fecha de emisión: 2015-02-23

Página 2 de 2

CC. o Huella:	
FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:  NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:	lo
CC. o Huella: 39.688 635	
RELACIÓN CON EL PACIENTE: au iga.	
El paciente no puede firmar por:	
Se firma a los 3. días del mes de 1040 del año 2018	
FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN:	
Nombre del Personal que brinda la información:	



F-GC-011

Versión: 04

Ana Sandova

NOMBRE DEL PACIENTE:

Fecha de emisión: 2015-02-23

Página 1 de 2

paciente I na son do val	mayor de edad, identificado con , en calidad de responsable de identificado con C.C r medio del presente autorizo a tratamiento y atención integral er
<ol> <li>Los objetivos, características y beneficios de llevar a cabo este proceso, así éste y posibles riesgos que se pueden presentar.</li> </ol>	mismo como las limitaciones de
<ol> <li>La posibilidad que durante el desarrollo de las actividades y terapias contem se pudieran presentar situaciones imprevisibles o inesperadas, por la te medición de glucosa, lavados nasales, cambios de pañales entre otros.</li> </ol>	ipladas al interior del tratamiento oma diaria de tensión arterial,
3) La posible aparición de signos consecuentes a actividades terapéuticas tale manual, enrojecimiento o alergia a causa de electro estimulación o por co fatiga muscular por actividad física u otros factores que puedan requerir u original o la realización de otros procedimientos terapéuticos o médicos.	intacto con motorial toranáutica
4) Que los procedimientos que se llevan a cabo dentro de la institución maleficencia de los consultantes, y que las acciones terapéuticas que se lle dentro de los lineamientos legales establecidos para el trato con pacientes, establecidas para los casos.	avan a caho están enmercados
5) Los derechos, deberes y la política de seguridad del paciente, con el fin de e sin embargo reconozco que los problemas de seguridad del paciente son inhe	establecer una atención segura, rentes a la atención en salud.
<ol> <li>Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cu en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar</li> </ol>	ial se nijede desistir on al acce
Al firmar este documento doy constancia de que se me han informado y explicestipulados, así mismo que se me ha dado la oportunidad de plantear las pre abierta y han sido resueltas de manera clara y satisfactoria. De la misma maner medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los procesentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero comprepero no de resultados.	guntas pertinentes de manera ra declaro que entiendo que la edimientos teranéuticos en el
Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización continuación:	del procedimiento y firmo a
FIRMA DEL PACIENTE:	



F-GC-011

Versión: 04

Fecha de emisión: 2015-02-23

Página 2 de 2

CC. o Huella:		
FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:	Churchia Duarte	
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente:	- freatened	
CC. o Huella:	34688635	
RELACIÓN CON EL PACIENTE: CULLIBRE.		
El paciente no puede firmar por:		
Se firma a los	del año <u>701 8</u>	
FIRMA Y/O SELLO DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORI	MACIÓN:	
NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA INFORMACIÓN:		



Consentantoneregnos, decenes y politica de seguridad del racientre

F-GC-088

NOMBRE DEL PERSONAL QUE BRINDA LA IMPORMACIÓN:

Versión: 00

Pecha de emisión: 2018-12-05

Página 1 de 1

Nº 27 550 29 hago constar que el Instituto Nacional de Demencias Emanuel me dio a-conocer los coreches, debries y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin en a gordo neco que los problemas de seguridad del paciente sen inherentes a la atención en salud.  Al Frmar este documento recenezco que se me ha infermado y explicado, que comprendo perfectamente los los ichos, deberes y la política de seguridad del paciente, se me han dado amplias oportunidades de formular reguntas y que to las las pregentas que he formalado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.  Doy mi consentimiento y fiemo a continuación:  Firma del Testigo o Responsable del Paciente:  Condition de la Paciente		•	,	•		1	,
Tacyon de edad, identificado car Number de decumento 37,689,633, de USACACA como responsable de paciente. Ana Sandona identificado con C.C. Ne 275027 hago constar que el Instituto Nacional de Demencias Emanuel me dio a conocer los derechos, debenes y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin con noco que los problemas de seguridad del paciente sen inherentes a la atención en salud.  Al firmer este documento recenezco que se me ha infermado y explicado, que comprendo perfectamente les se inches, debenes y la pólítica de seguridad del paciente, se me han dado amplias oportunidades de formular reguntas y que to las las preginitas que he formalado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.  Doy rai consentimiento y fismo a centinuación:  Firma per Taspido o Responsable del Paciente:  Cualdo Directo de Responsable del Paciente:  Caudio Directo de Responsable del Paciente:  Caudio Directo de Responsable del Paciente:  27,688,683		<b>\$</b>		·	<b>.</b>		•
Numero le documente 37,689,673, de USOCAC nomo responsable de paciente. Ance Sandoval de Usocach de Usocach de didritticado con C.C.  Nº 27,550 207 hago constar que el Instituto Macienal de Demencias Emanuel me dio a conocer les dereches, debres y la política de seguridad del paciente, con el fin de establecer una atención segura, sin curiar jo reconezo que les problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.  Al Frmar esta documento reconezo que se me ha infermado y explicado, que comprendo perfectamente los les schos, debres y la política de seguridad del paciente, se me han dado amplias oportunidades de formular countas y que to tastan preguntas que he formalado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.  Doy mi consentimiento y firmo a continuación:  Firma del Tespido orresponsable del Paciente:  Combre del Sociente de ded, identificado como como responsable del Usocach de Demencias Emanuel me dio a conocer la del Demencia Emanuel me dio a conocer la destinación de de Demencia Emanuel me dio a conocer la del Demencia Emanuel de Demencia Emanuel me dio a conocer la del Demencia Emanuel de Demencia Emanu	- APPCPA:	DIA: 65	MÉ	s: 05	AÑO: 20/	/8	<u> </u>
FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:  MOMBRE DEL TESTIGO E RESPONSABLE DEL PACIENTE:  CC. G HUELLA:  RELACIÓN CON EL PAGIENTE:  COLLUGIA.	Numero de documento de document	Andovol  And	indad del pao eguridad del p e me ha infer id del pacierit formalado ho	tuto Nacional de lente, con el fin paciente son inh mado y explica	oemo ideni Demencias Emanu de establecer una recentes a la atanció ido, que comprend	responsable ifficado con el me dio a con atención segura no salud.	del C.C nocer a, sin e les
MOMBRE DEL TESTIGO E RESPONSABLE DEL PACIENTE: Chudia Dillo II  CC. G HUELLA:  RELACIÓN CON EL PAGIENTE: CULLIGA.	-Moy mi consentimiento	y firmo a sentinuació	n:			•	
MOMBRE DEL TESTIGO C RESPONSABLE DEL PACIENTE: Chudia Dillo II  CC. G HUELLA:  RELACIÓN CON EL PAGIENTE: CLULIGA.	•						
MOMBRE DEL TESTIGO C RESPONSABLE DEL PACIENTE: Chudia Dillo II  CC. G HUELLA:  RELACIÓN CON EL PAGIENTE: CLULIGA.		,	•		·		
CC. G HUELLA:  37.688.633  PRELACIÓN CÓN EL PAGIENTE: CULLIGIGIA.	FRMA DEL TESTIGO O RE	esponsable del Pac	vente:	+ hucken	)		
CC. G HUELLA:  37.688.633  RELACIÓN CÓN EL PAGIENTE: CULLIGIGO.	MOMBRE DEL TESTICO C	Responsable del <sub>i</sub> Pa	/С'ЕМТЕ: <u>С</u>	audia D	Rate of	· ·	
RELACIÓN CON EL PAGIENTE: CULLIGIA.	CC, G'HUELLA:	,	· 	39.689 63°	3		
COMPORTED FLECTRONICO	Relación con el pagien	ITE: <u>euuro</u>			, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
COMMEDELECTRONICO: Claudiceduale 1820 amadicon	COMEO ELECTRONIC	0: Claudia	dualle 18	z@gma	l.com		
Firma y/o Sallo del Bersonal que brinda la información:	FRMA VIO SOLLANDE DE	FOON'AL OFFICE TO					

