

08/07/18

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA

HORA 17:50 HC

## DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO

CC

NUMERO DE DOCUMENTO

79168743

GENERO

M ☒ F

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

EDAD

CASTRO

RODRIGUEZ

CARLOS ALBERTO

39 años

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL

OCUPACION

TELEFONO

19/Mayo/1979

Carmen de Carupa

Soltero

Hogar

3203762892

DIRECCION

BARRIO

CIUDAD

EPS

TIPO DE VINCULACION

Vereda La Ramada Lenguaque

Ubate

Famisanar Contributivo

PACIENTE REMITIDO

SI ☒ NO

IPS REMITENTE

Hospital de Ubate

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

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS

TIPO DE DOCUMENTO

NUMERO DE DOCUMENTO

TELEFONO

Maria Luisa Rodriguez

CC

39737.232

3203762892

PARENTESCO

OCUPACION

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION

BARRIO/CIUDAD

Madre

Hogar

no refiere Vereda La Ramada Lenguaque

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS

TIPO DE DOCUMENTO

NUMERO DE DOCUMENTO

TELEFONO

PARENTESCO

OCUPACION

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

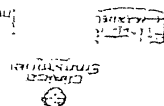
CARGO

NUMERO DE  
DOCUMENTO

FIRMA

M. A. Casn

A

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

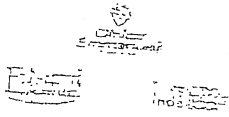
Yo Maria Luisa Rodríguez de Castro identifico con C.C. No 39.737.232 de la ciudad de Castro de responsable del paciente Carlos Alberto Castro de Ubate por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención al paciente, teniendo en cuenta que se me ha 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 asistentes 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, que 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	Versión: 03
		Actualización: --/--/----	Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatative, 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:

Nombre del Paciente:

*Maria Luisa*

*Maria Luisa Rodriguez*

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

39737232

CC. o Huella:

*Madre*

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

*Dr. Cam*

Nombre del médico

Cc

*PD*

Firma y sello  
Registro profesional

