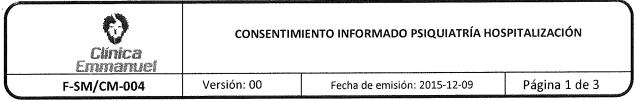
Faca 25 de pho 16



DATO	S GENE	RALES	DEL F	ACIENT	EALIN	IGRES	0	
FECHA HORA	НС			55 TU	10 20	К	11:28	3 m
possession in the second of th	DAT	OS DE IDE		ION DEL PA				
TIPO DE DOCUMENTO			NUMERO DE	DOCUMENTO	101916	3697	GENERO	MKF
PRIMER APELLIDO		NOMBRE		EDAD				
Trivino	Aletandro 20							
FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO				O CIVIL	OCUPACIÓN		TELEFONO 4881568	
6/NON 1996	l Bogota		Soltero		CASA		4881568 TIPO DE VINCULACION	
DIRECCIÓN	BĂRRIO		CIUDAD		EPS		Berninger States and S	
	IV PAG NIZABIA RINCON		Pool C		tamisarar		Beneficia no	
PACIENTE REMITIDO	SI X	NO ADLE	etrificon contigues and are	SENTANTE	TEGAL DE	TOSE	TE	
			OCUMENTO		O DE DOCUM		TELE	FONO
				non, mirawania manana na	1232440		3123220712	
Alvaro Triviño Casparos PARENTESCO OCUP.		C.C.		LECTRONICO			BARRIO/CIUDAD	
	Condi				12476733000 - 1 6500 555	N129b34		con.
	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS TIPO DE DO			DOUMENTO NUMERO DE DOC			AND THE RESERVE OF A STREET OF THE PROPERTY OF	
			1 · C ·	365	35513203		3134620699	
PARENTESCO		ACION	CORREO E	LECTRONICO	DIREC		BARRIO/CIUDAD	
Madre.	Ноа	av ·			criset	N129 34.	4. Rincon.	
OTROS DIAGNOSTICOS:								
MEDICO TRATANTE			arein epipy		e versenska kom			
		ryanyan, waxay ay aya	2010/00/2017 2020 2020	UE ENTREC	J A		OANTIDAC	
MEDICAMENTO						CANTIDAD) ————————————————————————————————————	
	HARITOS V	O CONDIC	CIONES ES	PECIALES I	DEL PACIE	NTF		
		, C C C II C		<u> </u>				
NOMBRE DEL PROFESIONINGRESA AL PACIENTE	RGO	NUMERO D DOCUMEN		FIRMA				



Yo	Flor Ev	rique	7					mayo	r de
edad,	identificado	con C	C.C. Nº	355138	03	de	e la	ciudad	de
	BogoTa		en	calidad	responsable			del	
pacie	nte Alese	andro	trivo	50 Enria	22 J				
identit	ficado con	C.C.	Nº 101	9113697		de	а	ciudad	de
				el presente au		Clínica E	Emma	anuel a II	evar
a cab	o el proceso d	e tratami	ento y ate	nción al pacier	ite, tenien	do en cue	enta c	ue se m	e ha
inform	nado:								

INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determino la necesidad de tratamiento bajo hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. 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 segundarios 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, un psiguiatra, un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador social, un 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 otro centro 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 mecánica por un lapso que no exceda las dos horas, tiempo en el cual el medico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

DERECHOS DEL PACIENTE:

- Calidad en la atención: Recibir la mejor atención disponible, con las mejores condiciones éticas y de calidad.
- Comunicación Clara: Recibir información sobre mi estado clínico y tratamiento en forma correcta y suficiente para que sea comprendida por mí, mi acudiente y/o mis familiares.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIATRÍA HOSPITALIZACIÓN

F-SM/CM-004

Versión: 00

Fecha de emisión: 2015-12-09

Página 3 de 3

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