DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO					
FECHA INGRESO: 25/07/18. HORA: 17+10 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: DOYANO CONEDON.					
DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE					
TIPO DOCUMENTO: (edola	NUN	1.DOC: 1'073.325	5.438.	GENERO:	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Garcia.		Lolera.	yesica.	Maria.	24
FECHA DE NACIMIENTO : 091	01	11994	LUGAR DE NACIMIENTO: La do raola		
ESTADO CIVIL: UNION L	b	re	OCUPACION: HOGO 1.		
DIRECCION: Veleda Pue	21 +	a libre	TELEFONO: 3214	117260	RANGO EPS:
EPS: NUEVA EPS.	BEN	EFICIARIO E	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE: 0109enes		tioncosa			
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE					
NOMBRES CO	OMPL	ETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Luci Magali Ga	10	ia Lopera	1 111 202 828		3214117260
, , , , , ,		PACION: Calera.		Puerto Libre	
CORREO ELECTRONICO:					
NOMBRES CO	MPL	ETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
PARENTESCO:	ocu	PACION:	DIRECCION:		
CORREO ELECTRONICO:					
			1		
MEDICAMENTOS QUE ENTREGA					
MEDICAMENTO		0		CANTIDAD	
	.	HABITOS Y/O CONDIC	IONES ESPECIALES DEL PACIENTE		
				- Northway was and was deed to see the second secon	
PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CAR	50	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
JAIRO GARMY M	,	nto Genteri	Morgrésar	Jain Gay M	M01819547

Greenvicus Greenvicus Greenvicus Erstetstatus		FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION			
	instituto se personal se perso	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01	
	88 64 C Departure	11/ 11O1N - 04	Actualización: - / - / -	Página 1 de 3	

Yo Lucy Magaly garcia lopera	mayor de edad, identificado con
C.C. N. <u>1111707878</u> de la ciudad de la	doyada (aldas, en calidad de
responsable del paciente vesico maria acraia	lapera.
responsable del paciente <u>vesica maria garcia</u> identificado con C.C. N. 1073325438 de	e la ciudad de la dovoda calació
por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha inf	formado:

INFORMACION: 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 atienden le informaran oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como los tratamientos que se lleven a cabo dentro de esta unidad hospitalaria.

BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le administraran 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, 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 seré 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 contención física (inmovilización) por un lapso que no exceda las 2 horas, tiempo en el cual el medico asignado tomara 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, bronco aspiración, 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 ayudara en el proceso terapéutico del paciente.

Guarren Guarren Guarre Eristiansk kref	FORMATO HOPITALIZA	CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO ACION	INFORMADO D	E
W	FR – HOIN - (Original: 21/09/2016	Versión: 01	
81 FAX 19nanul	III HOIN - V	Actualización: - / - / -	Página 2 de 3	

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, traslado que se realizara por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted proporciones de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizara 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 doy constancia de que se me ha informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se 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 procedimiento y firmo a continuación:

Yesica Hana Gar	cia l.	Yesi	ca Mana Gai	ag loppi
FIRMA DEL PACIENTI	નુ		NOMBRE DEL PA	CIENTE
CC. N. 1073325	438	HUELLA		CILITIE
Firma del testigo o respor C.C. N. 1111 202 87 El paciente	gar Ca lo nsable del paciente no	Per() e Nombre del HUELLA puede	testigo o responsable o	lel paciente por:
Se firma a los 25 Nombre del medico 26 C.C. N. 210081959			el año 2018	-