

②

NOTA Firma

MAS NO para traslado

	FORMATO CONSENTIMIENTO DISSENTIMIENTO INFORMADO DE	
	HOSPITALIZACIÓN	
	FR - HOIN - 01	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----
		Versión: 01 Página 1 de 3

Yo Javier Antonio Barrero Arquera, mayor de edad, identificado con C.C. Nº 11385189 de la ciudad de Ftega, en calidad de responsable del paciente Bergrith Paola Barrero Caro identificado con C.C. Nº 1069753169 de Ftega 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 asistenciales 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 de 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.

NOTA NO

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, qué 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.

ORIGINAL

RECIBI
09-05-18
Estefanny
EPS Convida.

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN	
	FR - HOIN - 01	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--/----
		Versión: 01 Página 2 de 3

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.

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.

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 procedimiento y firmo a continuación:

Firma del Paciente:

Nombre del Paciente:

CC. o Huella:


Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Javier Antonio Barrero H.
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

11385189 de 1991
CC. o Huella:


Padre Biológico
Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del médico
Cc

Firma y sello
Registro profesional

	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES		
	FR - HOIN - 68	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	Página 1 de 3

⑤ **FORMATO PARA EL REGISTRO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO**
INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION

FECHA: 9/05 HORA: 8:45 AM

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y Apellido del paciente: Bergrith Paola Barrero Caro

Tipo documento: cc. Identificación: 1069753169

Edad: 22 Género: M ☒ F RH: OP

EPS: convrda EPS

Procedimiento de traslado:

Observaciones:

Unidad de Origen: _____

Unidad de Destino: _____

Entidad de origen: _____

Entidad de destino: _____

Motivo del traslado: _____


DIAGNOSTICOS y/o Situación e salud

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO	
	INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES	
FR - HOIN - 68	Original: 29/06/2017	Versión: 01
	Actualización: --/--	Página 2 de 3

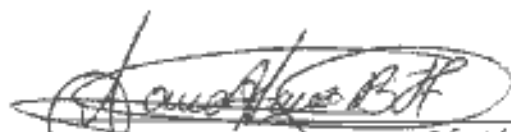
• Riesgos durante el traslado: Existen situaciones propias del medio de transporte como rotura del vehículo, accidente de tránsito, etc. También existen riesgos vinculados a su condición de salud, como son:

Para lo cual se puede requerir. Inmovilización, sedación, administración de documentos o

- Profesional que deriva: _____
- Personal de salud que acompaña: _____
- Acompañante del paciente (si la situación lo permite): _____

MUY IMPORTANTE • Si tiene alguna duda o necesita alguna información adicional no dude en preguntarle a su médica/o.

• Si considera que ha sido debidamente informado/a y consiente o rechaza libremente el traslado y/o derivación que se le propone, le solicitamos que firme dos ejemplares de este documento de consentimiento, una para la institución y otro para usted.


Firma y cedula de familiar **ES 11385189.**
(Acudiente, representante legal)

Firma y cedula de Médico

Firma y cedula de Paciente (si se requiere)



Fecha:		
Día:	mes:	año:

ACTA

Se hace constar por medio de esta acta que el usuario **Brigitd Paola Barrero Caro** identificado con CC **1069753169** de Fusagasugá, con # de FOLIO 50, etapa **FASE 1** estuvo en un proceso de rehabilitación en la corporación gestora de paz Kairos por un tiempo de 1 mes y 18 días, se informa que la usuaria van sin prueba de embarazo y no se encuentran en periodo de gestación.

Brigitd Paola Barrero Caro
Firma / usuario
CC 1069753169.

Patricia Sandoval
Firma /operador de turno
CC 1012350323

Emanuel
Firma /funcionario /Emanuel
CC 80.162383 (SM)

JB 79621048.
Firma /operador de turno
Jose Javier Barabó M
C.C.79.621.048
Auxiliar de Enfermería