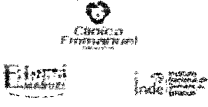


DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	14/10/18	1925	Shocajimero	
28/10/18 DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE					
TIPO DE DOCUMENTO	19250013	NUMERO DE DOCUMENTO	19250013	GENERO	M/F
PRIMER APELLIDO	Maldonado	SEGUNDO APELLIDO	Ceciel	NOMBRE	Jose Pimpe
FECHA DE NACIMIENTO	28/10/18	LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota	ESTADO CIVIL	63
DIRECCION	53 # 13410 Apt 408	BARRIO	Bogota	CIUDAD	TELEFONO
PACIENTE REMITIDO	SI	NO	IPS REMITENTE	S. Bolivar	
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE					
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Garcia Acosta	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	20128540
PARENTESCO	Ninguno	OCCUPACION	Pensionada	DIRECCION	753.7875
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	53 # 13410 Apt 408
PARENTESCO		OCCUPACION		DIRECCION	
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		
Jairo Gary Manrique	MEDICO GERENTE	170281959	Jairo Gary M		

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES		
	FR – HOFA – 01	Original: 02/05/2018 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.


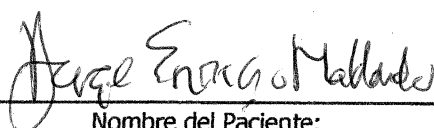
CONFIDENCIALIDAD

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.

Su ingreso al Programa Renacer es **VOLUNTARIO**, al firmar este documento acepta y acata el Manual de Convivencia, las fallas o incumplimientos son motivos de Expulsión del Programa.



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 programa y firmo a continuación:

Firma del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____

CC. o Huella:  _____

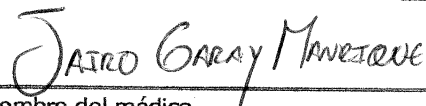
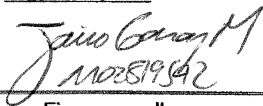
Firma del Testigo o Responsable del Paciente _____ Nombre del Testigo o Responsable del Paciente _____



CC. o Huella:  _____ Relación con el paciente: _____

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 28 días del mes de Agosto del año 2018

Nombre del médico
Cc 1102819542
Firma y sello
Registro profesional

