

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 12/10/18. HORA: 22:15 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Juan Lopez

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: TI NUM.DOC: 1003967654 GENERO: F

PRIMER APELLIDO: Carrillo SEGUNDO APELLIDO: Moreno PRIMER NOMBRE: Yoness SEGUNDO NOMBRE: Aboyancas EDAD: 16

FECHA DE NACIMIENTO: 30 dic - 2001 LUGAR DE NACIMIENTO: Una ciudad

ESTADO CIVIL: Soltero OCUPACION: Academico

DIRECCION: una ciudad TELEFONO: 3212916385 RANGO EPS:

EPS: FMS BENEFICIARIO X COTIZANTE SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO X

IPS QUE REMITE: Centro Salud de una

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS: Miriam Fajardo Benavente DOCUMENTO: 21061355 TELEFONO FIJO: 3184516085 TELEFONO CEL:

PARENTESCO: Madre OCUPACION: Hogar DIRECCION: Cno 4 # 13 sur una

CORREO ELECTRONICO:

NOMBRES COMPLETOS: DOCUMENTO: TELEFONO FIJO: TELEFONO CEL:

PARENTESCO: OCUPACION: DIRECCION:


CORREO ELECTRONICO:

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Pablo Perez	Medico	1129564644		Pablo A. Perez Rodriguez MEDICO GENERAL R.M. 1129564644

	FORMATO	CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO	INFORMADO	DE
	HOPITALIZACION			
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01	
	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 proporcione 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 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:

FIRMA DEL PACIENTE

CC. N. _____ HUELLA

NOMBRE DEL PACIENTE

Alirio Forero Bernal

Firma del testigo o responsable del paciente

C.C. N. *21.061.355*

El paciente no puede firmar por:

Alirio Forero Bernal

Nombre del testigo o responsable del paciente

HUELLA

Se firma a los *17* días del mes de *octubre* del año *2018*

Nombre del medico

C.C. N. *1129564644*

Pablo A. Pérez Rodríguez

Registro profesional
R.M. 1129564644

FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION		Original: 21/09/2016 Actualización: - / - / -	FR - HOIN - 04
Versión: 01		Página 1 de 3	

Yo Allyssa Forero Benel C.C. N. 21.061.355 de la ciudad de Allyssa Forero Benel, en calidad de responsable del paciente Allyssa Forero Benel C.C. N. 21.061.355 de la ciudad de Allyssa Forero Benel, en calidad de mayor de edad, identificado con por medio del presente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

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 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 contención física (inmovilización) por un lapso que no exceda las 2 horas, tiempo en el cual el médico 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.