

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO:	06/12/18	HORA:	PERSONA QUE REALIZA INGRESO:	Jhacayo Jimenez
----------------	----------	-------	------------------------------	-----------------

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO:	CC.	NUM.DOC:	5279019	GENERO:	F
PRIMER APELLIDO	Tovar	SEGUNDO APELLIDO	Cairedo	PRIMER NOMBRE	Adriano
FECHA DE NACIMIENTO:	26 Nov. 1980	LUGAR DE NACIMIENTO:	Neiva		
ESTADO CIVIL:	Casada	OCCUPACION:	Hogar		
DIRECCION:	Av Cra. 123 # 131-80 Bto.	TELEFONO:	3138451744		
EPS:	Santos	BENEFICIARIO	X	COTIZANTE	SUBSIDIADO
IPS QUE REMITE:	Puente Aranda				
CONTRIBUTIVO	X				

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Juan Felipe Rico		1019142683	3108513093	
PARENTESCO:	Hijo	OCCUPACION:	Academico	
DIRECCION: Av Cra 123 # 131-80 Bogotá				
CORREO ELECTRONICO:				
NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
PARENTESCO:	OCCUPACION:	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
Jairo Gaviria M	MEDICO GENERAL	100819542	Jairo Gaviria M	100819542

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

Yo Juan Felipe Pico mayor de edad, identificado con C.C. N. 1019142683 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Adriana Estefanía Tovar, identificado con C.C. N. 52790119 de la ciudad de _____, 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, determinó la necesidad de tratamiento. Los procedimientos durante su tratamiento están sujetos a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales. Los profesionales que lo atienden le informarán 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 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, 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 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 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.

Se firma a los <u>06</u> días del mes de <u>DTIC</u> del año <u>2018</u>	Registro profesional	C.C. N. <u>Marielis</u>
Número del médico <u>Juan Gomez Munoz</u>		

Firma del testigo o responsable del paciente	CC. N. <u>1014147683</u>
Número del testigo o responsable del paciente	<u>Juan Felipe Pico Tucay</u>
El paciente _____ no _____ firmar por:	<u>Juan Felipe Pico Tucay</u>
HUELLA	CC. N. <u>52390119</u>
NOMBRE DEL PACIENTE	<u>Adriana Maria Taur Callejo</u>
HUELLA	<u>Adriana Maria Taur Callejo</u>

Comprendiendo estas limitaciones soy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Al firmar este documento soy constancia de que se me ha informado y explicado los puntos anteriores establecidos, así mismo que se ha dado la oportunidad de plantear las preguntas pertinentes de manera abierta y han sido resultados 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 requiere compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Toda la información que usted proporciona 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 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.

CONFIDENCIALIDAD

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

FORMATO	CONSOLIDACION	INFORMADO	DE
FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01	
		Actualización: - / - / -	Página 2 de 3