

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

25-06-18 00+45

FECHA HORA HC 79389736

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | |
|----------------------------------|--|---------------------|-----------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO | CC | NUMERO DE DOCUMENTO | 79389736 |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | GENERO M X F |
| Rodríguez | Mojica | Omar | EDAD 52a |
| FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | ESTADO CIVIL | OCCUPACION |
| 19-sep-1965 | Bogota | Soltero | Independiente |
| DIRECCION | BARrio | CIUDAD | EPS |
| Cra 65C # 20A-36 C196 San Martin | | Fusagasugá | ABCA EPS Contributivo |
| PACIENTE REMITIDO | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | IPS REMITENTE | Fusagasugá |

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

| | | | |
|------------------------------|-------------------|---------------------|----------------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS | TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | TELÉFONO |
| Aldemar Rodriguez M | CC | 7942 4741 | 3212246598 |
| PARENTESCO | OCCUPACION | CORREO ELECTRONICO | DIRECCION |
| Hermano | Independiente. | | Cra 65a # 20A-36 C196 Fusagasugá |
| NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS | TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | TELÉFONO |
| PARENTESCO | OCCUPACION | CORREO ELECTRONICO | DIRECCION |
| | | | BARRIO/CIUDAD |

DIAGNOSTICOS DE PSQUIATRIA

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 |
| Wls David Montenegro | Medico | 1010143036 |
| | | FIRMA Wls David Montenegro |

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 solicitudes este reglamento se respetado ya que ayudaría en el proceso terapéutico del paciente.

Durante la inmovilización se pueden presentar situaciones insólitas que pueden llevar a fracturas, broncoaspiración, entre otras.

La contenencia mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, como otros pacientes y profesionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contenición verbal, las medidas ambientales y/o de conduta y la contenición farmacológica.

Este documento é de uso exclusivo da Escola Universitária Hospitalar.

INFORMACIÓN: Usualmente se hace una exploración física y se evalúa la función mental, determinando la necesidad de tratamiento. Los procedimientos duran entre 15 y 30 minutos. Los tratamientos que se realizan dependen de la enfermedad.

Paciente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

Presente autorizado a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento y atención al paciente con C.I. No. 31369436 de B060-A por medio del

de respnsable del paciente **OTHE PAGELLEZ MONTICIO** , en calidad de la ciudad de **BOLIVIA** .

Identificando cada C.C. No. 396174281 mayor de edad,

to Architectural Register No. 340742 Independent Carb Co. Inc.

| | | | |
|--|--|----------------|----------------------|
| FORMATO CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMATIVO | | | |
| HOSPITALIZACION | | FR - HONI - 04 | Original: 21/09/2016 |
| | | Version: 01 | Actualización: -/-/- |
| | | | Página 1 de 3 |

| | | |
|--|---|-------------|
| Formato Consentimiento Informado de Hospitalización | FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN | |
| FR - HOIN - 04 | Original: 21/09/2016 | Versión: 01 |
| | Actualización: --/--/-- | Página 2 de |

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.

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 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:

CC. o Huella:

Nombre del Paciente:

Aldemar Rodríguez Restica

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Aldemar Rodríguez R.

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

79 474 741

CC. o Huella:

HERNANDO

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

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

Luis David Montalegre T

Nombre del médico

Cc 1010173036

Luis David Montalegre T

Firma y sello

Registro profesional 19787

