

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO:	27/Nov/18	HORA:	15:30	PERSONA QUE REALIZA INGRESO:	Angelica Cruz Ayala.
----------------	-----------	-------	-------	------------------------------	----------------------

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO:	CC	NUM.DOC:	93.118779	GENERO:	Masculino.
PRIMER APELLIDO	Rodriguez	SEGUNDO APELLIDO	Ramirez	PRIMER NOMBRE	Felipe
SEGUNDO NOMBRE	Antonio	EDAD	58 años.		
FECHA DE NACIMIENTO:	21 Enero / 1960.	LUGAR DE NACIMIENTO:	Espinal Tolima.		
ESTADO CIVIL:	Soltero	OCCUPACION:	Hogar.		
DIRECCION:	Calle 21 # 8A -12 Espinal.	TELEFONO:	3194918958.		1.
EPS:	N.EPS.	BENEFICIARIO	X	COTIZANTE	SUBSIDIADO X.
IPS QUE REMITE:	Hospital San Rafael de Espinal.				CONTRIBUTIVO

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL	
Maria del Pilar Sanchez Rodriguez		39.634.316.		3194918958.	
PARENTESCO:	Sobrina.	OCCUPACION:	Hogar.	DIRECCION:	Espinal.
CORREO ELECTRONICO:					
NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL	
Luc Stella Sanchez Rodriguez.				3118090120.	
PARENTESCO:	Sobrina	OCCUPACION:	Hogar.	DIRECCION:	Bogota
CORREO ELECTRONICO:					

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
JUAN SITAR	Psiquiatra	79.485.235		5023107

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

Yo Maria del pilar Sánchez Rodriguez mayor de edad, identificado con C.C. N. 396363616 de la ciudad de _____, en calidad de responsable del paciente felipe antonio Rodriguez Ramirez, identificado con C.C. N. _____ de la ciudad de Espinal, 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.

 Ministerio de Salud Colombia Corporación Clínica Emmanuel Inde Instituto Nacional de las Personas con Discapacidad Emmanuel	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN FR – HOIN - 04	INFORMADO DE 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 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 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.

Firma del testigo o responsable del paciente

C.C. N.

El paciente

39634316

NOMBRE DEL PACIENTE

HUELLA

Nombre del testigo o responsable del paciente

HUELLA

firmar

por:

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

Nombre del medico JESÚS BERMÚDEZ

C.C. N. 79 435 235

Registro profesional 5023107