

210618 DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA HORA HC 2+23 en

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO	Ce	NUMERO DE DOCUMENTO	1093153717	GENERO	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PRIMER APELLIDO	Barrea	SEGUNDO APELLIDO	Riveros	NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO	12.12.1987	LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota	ESTADO CIVIL	Soltero
DIRECCION	Calle 5 N 1609	BARRIO	Piedao	OCCUPACION	
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NC	IPS REMITENTE	FMS	TELEFONO	3102883558
			H. SCN JOSE INFANTIL	TIPO DE VINCULACION	5istem

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
Hernando Garibello Mohica	Cc	17150533	3102982668
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
Padrastro.			Cra 12B 27-53 Gustavo Restrepo
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
Erika Riveros Moreno			3144238002
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
Madre			Cra 12B N 21B Gustavo

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

 FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES			
FR – HOFA – 01	Original: 02/05/2018	Versión: 01	
	Actualización: --/---/---		Página 1 de 3

Yo Fernando Garibello Molina mayor de edad, identificado con C.C. N° 17180533 de la ciudad de Bogota, en calidad de responsable del paciente Hector Jhon Bonilla identificado con C.C. N° 1073153717 de Bogota, por medio del presente autorizo al Consorcio Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de Rehabilitación y atención al paciente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

INFORMACIÓN: 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 atiendan le informarán oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como de 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, psiquiatra, psicólogo(a), trabajador social, terapeuta ocupacional, médico general y personal de 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 indicaciones médicas a salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de contención física (Inmovilización) por un lapso que no exceda las dos 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, broncoaspiración, entre otras.

Se dio a conocer el manual de convivencia para pacientes, familia y/o cuidadores del Programa de Adicciones "Renacer" durante la espera en el proceso de hospitalización en el cual se informa horario de visitas, horarios de alimentación, qué elementos están permitidos ingresar y cuáles no, deberes y derechos. Por lo anterior solicitamos este reglamento sea respetado ya que ayudará en el proceso terapéutico del paciente.

 Espri Inde	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES		
	FR – HOFA – 01	Original: 02/05/2018	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	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:

CC. o Huella:

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:

El paciente no puede firmar por:

Hector Johan Bautista Riveros

Nombre del Paciente:

Fernando Garibotto Molina

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

17-150.533

Padrastro

Relación con el paciente:

Se firma a los 21 días del mes de JUNIO del año 2018

Nombre del médico

Cc 1102819592

Jairo Gómez M
Médico General

Firma y sello

Registro profesional