

Folio: 0

Página 1 de

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

29/05/2018 7:50

FECHA HORA HC

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NUMERO DE DOCUMENTO	GENERO	M.F
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD	
QUINTERO	CARRERA	ESTEBAN JOHAN	17 años	
FECHA DE NACIMIENTO	LUKER DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	OCCUPACIÓN	TELÉFONO
09/07/2000	CHAPARRAL.	SOLTERO	HOGAR	3143087806
DIRECCIÓN	BARRIO	CIUDAD	EPS	TIPO DE VINCULACIÓN
MNZ. B.C.2 Guamo	PABLO VI	GUAMO	N. EPS.	SUBSIDIADO
PACIENTE REMITIDO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO	IPS REMITIBTE	

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELÉFONO
GLORIA ESPERANZA CARRERA	EC	65.829.833.	3143087806
PARBITESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION
Madre	HOGAR	gloriacarrera2108@gmail.com	Guamo
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELÉFONO
PARBITESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION

DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRÍA

OTROS DIAGNOSTICOS:

MÉDICO 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 HOSPITALIZACIÓN		
FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01	
	Actualización: --/--/--	Página 1 de 3	

Yo Gloria Conesa Chollo mayor de edad, identificado con C.C. N° 65829833 de la ciudad de Chaparral, en calidad de responsable del paciente Juan Stevan Quintana Conesa identificado con C.C. N° 71100728894 de Chaparral, por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento 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 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.

FORMATO CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO DE

HOSPITALIZACIÓN

FR - HOIN - 04

Original: 21/09/2016

Versión: 03

Actualización: -/-/-

Página 2 de

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.

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:

Johan Steban Quintana
Firma del Paciente: TI: 1007288997 Nombre del Paciente:

CC. o Huella:

gloria ruiz 65829833
Firma del Testigo o Responsable del Paciente Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:

El paciente no puede firmar por: Relación con el paciente:

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

Juan Cuello, H.

Nombre del médico
Cc 75004 578

Dr. Juan C. Cuellar Hernandez
Psiquiatra
C.C 75004578
Reg. 15185/1346

Juello H.

Firma y sello
Registro profesional

FR - HOIN - 04

Original: 21/09/2016

Versión: 03

Actualización: -/-/-

Página 2 de

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.

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:

Johan Steban Quintana
Firma del Paciente: TI: 1007288997 Nombre del Paciente:
CC. o Huella:

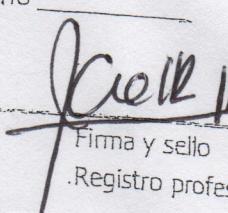
Glauco R. P. M. 65829833
Firma del Testigo o Responsable del Paciente Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

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

*Juan Cuello, H.*Nombre del médico
Cc 75004 570Dr. Juan C. Cuellar Hernandez
Psiquiatra
C.C 75004578
Reg. 15185/1346

 Firma y sello
 Registro profesional