

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO:	08/12/18	HORA:	18+15	PERSONA QUE REALIZA INGRESO:	Angelica Cruz Ayala
----------------	----------	-------	-------	------------------------------	---------------------

### DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO:	CC.	NUM.DOC:	1049629186	GENERO:	Femenino.
PRIMER APELLIDO	Parra	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	Angelica
SEGUNDO NOMBRE		EDAD		Briyith	26 años
FECHA DE NACIMIENTO:	10 / 04 / 1992	LUGAR DE NACIMIENTO:	Miraflores (Bogaca).		
ESTADO CIVIL:	Madre Soltera	OCCUPACION:	Hogar.		
DIRECCION:	Calle 4 # 12-226 Bogaca			TELEFONO:	3146883343.
EPS:	N. EPS.	BENEFICIARIO	X	COTIZANTE	SUBSIDIADO X.
IPS QUE REMITE:	Hospital Regional Miraflores.				

### DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Blanca Flor Martinez	23.754.620.	3146883343	
PARENTESCO:	Madrina	OCCUPACION:	Oficio Varios
DIRECCION:	Calle 4 # 12-226 Bogaca.		
CORREO ELECTRONICO:	No Refiere.		
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Heidy Briceño.			3108005035.
PARENTESCO:	Amiga.	OCCUPACION:	
DIRECCION:	Bogaca.		
CORREO ELECTRONICO:			

### MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

### HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Lila Nairn.	MO Hoip.	87435608		013070



 <b>Clínica Emmanuel</b>  <b>Inde</b> Instituto de Demencias Emmanuel	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION</b>		
FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01	
	Actualización: - / - / -		<b>Página 1 de 3</b>

Yo Blanca Flor Martínez mayor de edad, identificado con C.C. N. 23754690 de la ciudad de Miraflores, Boy, en calidad de responsable del paciente Angela Bright Parra identificado con C.C. N. 1049629186 de la ciudad de Boyacá, por medio del presente, 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 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, 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
		HOPITALIZACION			
E	I	FR - HOIN - 04	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 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 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. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE

HUELLA

Blanca Flor Hartogz Firma del testigo o responsable del paciente

C.C. N. 23754 670

23754 670

Nombre del testigo o responsable del paciente

HUELLA

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 08 días del mes de 12 del año 18

Nombre del medico Lila Acuña,

C.C. N. 4735608

018030

Registro profesional