

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 12-NOV	HORA: 21+43	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Diana Jara.
-----------------------	-------------	--

### DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC	NUM.DOC: 1-070921-830	SEXO: Masculino	
PRIMER APELLIDO: Barrera	SEGUNDO APELLIDO: Mantilla	PRIMER NOMBRE: Juan	SEGUNDO NOMBRE: Sebastian
FECHA DE NACIMIENTO: 23-JUN-1993	LUGAR DE NACIMIENTO: Bogota DC.		EDAD: 25 AÑOS
ESTADO CIVIL: Soltero	OCCUPACION: Estudiante		
DIRECCION: parselia 45 cota.	TELEFONO: 3107758490		
EPS: Santas	BENEFICIARIO: Cotizante	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE: Monseverai			

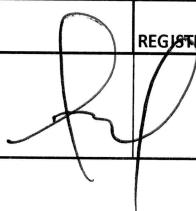
### DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS: Maria Oliva Mantilla Jimenez	DOCUMENTO: 35-320-648	TELEFONO FIJO: 3107758490	TELEFONO CEL:
PARENTESCO: Mamá	OCCUPACION: Independiente	DIRECCION: parselia 45 cota.	
CORREO ELECTRONICO:			
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
PARENTESCO:	OCCUPACION:	DIRECCION:	
CORREO ELECTRONICO:			

### MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

### HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Dra. Linda Carrasco Leonor Medina	322741			



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

Yo Maria Oliva Mendoza mayor de edad, identificado con C.C. N. 35320645 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente Juan Sebastian Perez identificado con C.C. N. 1010921830 de la ciudad de Bogotá, 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 ayudará en el proceso terapéutico del paciente.

C.C. N. <u>32224</u>		Número del médico <u>Dra. Ana María Cárdenas</u>		Se firma a los <u>12</u> días del mes de <u>AGO</u> del año <u>2016</u>	
C.C. N. <u>33320614</u>		Número del testigo o responsable del paciente <u>HUELLA</u>		Firma del testigo o responsable del paciente <u>HUELLA</u>	
El <u>31-12-2016</u>		Paciente	no	Puede	firmar por:
<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b> <u>HUELLA</u> <b>C.C. N.</b> <u>33320614</u>					

Comprendiendo estas limitaciones doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Al firmar este documento doy constancia de que se me ha informado y explicado los puntos anteriores estipulados, así mismo que se ha dado la oportunidad de plantear las preguntas pertinentes de manera abierta y han sido resultados 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 requiere compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Que este es un procedimiento al cual se accede de manera VOLUNTARIA, del cual se pude desistir en caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del paciente.

Que este procedimiento autoridades superiores lo soliciten a la dirección de la clínica, en los que previamente y por escrito autorizadas los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquéllos casos confidencial y se utilizará todos los medios para salvaguardarla. Toda la información que usted proporciona de su persona a terceros, será tratada de forma

## **CONFIDENCIALIDAD**

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.

DE	INFORMADO	INFO	CONSNTIMIENTO/DISENTIMIENTO	HOSPITALIZACION	FORMATO
Facultad de Medicina - UNDE	Version: 01	Original: 21/09/2016	FR - HOIN - 04	Actualización: - / - / -	Página 2 de 3