

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 08/DIC/18 HORA: 18:45 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Angelica Cruz A.

### DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO:	CC:	NUM.DOC:	65708650	GENERO:	Femenina.
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	
Bairagan	Bamero	Maria	Teresa	44 años.	
FECHA DE NACIMIENTO:	04 / Sept / 1974.	LUGAR DE NACIMIENTO:	Tolima (Espinal)		
ESTADO CIVIL:	Soltera.	OCCUPACION:	Hogar.		
DIRECCION:	Calle 20 # 177 Bano Belen	TELEFONO:	3202562474.		
EPS:	N.EPS.	BENEFICIARIO	X	COTIZANTE	SUBSIDIADO
IPS QUE REMITE:	Hospital San Rafael Espinal.				

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

NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Adriana Penilla Barragan		39790273	3202562474	
PARENTESCO:	Hermana.	OCCUPACION:	Hogar	DIRECCION: Mama Ocua & Barro Magdalena Espinal.
CORREO ELECTRONICO: No Refiere.				
NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Betty Bamagan.				311873382
PARENTESCO:	Hermana.	OCCUPACION:	Hogar.	DIRECCION:
CORREO ELECTRONICO: No Refiere.				

### MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

### HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO

Lila Naim	MD. Hogar.	87435608		03080
-----------	------------	----------	--	-------



 <b>Convenio</b> <b>Clinica</b> <b>Saint</b> <b>Emmanuel</b> <b>Eharm</b> <b>Inde</b> <small>Instituto Nacional de Salud Saint Emmanuel</small>	<h2 style="margin: 0;">FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION</h2>		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: - / - / -	<b>Página 1 de 3</b>

Yo Adriana perilla Barrajas mayor de edad, identificado con C.C. N. 39790 de la ciudad de Bogotá, en calidad de responsable del paciente maria teresa Barrajas Bonero identificado con C.C. N. 65708650 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.

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO DE HOSPITALIZACION</b>	INFORMADO	DE
Facatativá Inde	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
	Actualización: - / - / -		<b>Página 2 de 3</b>

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

Adriana Perilla Barragán Adriana Perilla.

Firma del testigo o responsable del paciente

C.C. N. 39790273

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 médico Lila Raum

C.C. N. JY435608

OB380

Registro profesional