

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 0440
31-DIC-2018

HORA:

PERSONA QUE REALIZA INGRESO:

Diana Jara

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: <u>CC</u>	NUM.DOC: <u>11.4135520</u>	GENERO:		
PRIMER APELLIDO <u>Zambrano</u>	SEGUNDO APELLIDO <u>Munoz</u>	PRIMER NOMBRE <u>Jose</u>	SEGUNDO NOMBRE <u>Alejandra</u>	EDAD <u>49.</u>
FECHA DE NACIMIENTO: <u>06 - JUN - 1969</u>	LUGAR DE NACIMIENTO: <u>Facatativá</u>			
ESTADO CIVIL: <u>Soltero</u>	OCCUPACION:			
DIRECCION: <u>Cra 41 # 11-33 Santa Rita</u>	TELEFONO: <u>8428206</u>			
EPS: <u>Santos</u>	BENEFICIARIO <u>VTA</u>	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE: <u>Hospital San Rafael</u>				

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS <u>Martina Quijano Munoz</u>		DOCUMENTO <u>35.524.070</u>	TELEFONO FIJO <u>3133826769</u>	TELEFONO CEL
PARENTESCO: <u>Hermana</u>	OCCUPACION: <u>Independiente</u>	DIRECCION: <u>Cra 41 # 11-33 Santa Rita Facatativá</u>		
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 <u>Pablo Perez</u>	CARGO <u>Motociclista</u>	DOCUMENTO <u>1129564644</u>	FIRMA <u>Pablo Perez</u>	REGISTRO MEDICO <u>Pablo A. Perez</u> <u>MEDICO GENERAL</u> <u>RA 1129564644</u>
--------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

 Emanuel  Inde Instituto de Demencias Emanuel	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: - / - / -	Página 1 de 3

Yo Hortha Esperanza Duque Muñoz mayor de edad, identificado con C.C. N. 35524070 de la ciudad de Facatativá, en calidad de responsable del paciente José Alejandro Zambrano Muñoz identificado con C.C. N. 11435570 de la ciudad de Facatativá, 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 ayudara en el proceso terapéutico del paciente.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: HUELLA

CC. N. _____

Firma del paciente _____

Nombre del testigo o responsable del paciente _____

C.C. N. _____

Firma del testigo o responsable del paciente _____

Nombre del testigo o responsable del paciente _____

C.C. N. _____

Nombre del médico _____

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

Registro profesional

Pablo A. PEREZ GUTIERREZ

1129541643

Por:

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

Al firmar este documento soy 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 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 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 puede desistir en caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del paciente.

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 por escrito autoridades superiores lo soliciten a la dirección de la clínica.

CONFIDENCIALIDAD

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facultativa, traslado que se realizará por parte de la institución y el cual le será informado previo al traslado.

FORMATO	CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO	HOSPITALIZACION	INFORMADO DE
Original: 21/09/2016	FR - HOIN - 04	Actualización: - / - / -	Página 2 de 3