

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 07/NOV/18	HORA: 7:00	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Angelina Cruz A.
--------------------------	------------	---

### DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC.	NUM.DOC: 1070615815	GENERO: Masculino.		
PRIMER APELLIDO Cruz	SEGUNDO APELLIDO Devia.	PRIMER NOMBRE Juan	SEGUNDO NOMBRE Miguel.	EDAD 23 años
FECHA DE NACIMIENTO: 09 / Dic / 1994.	LUGAR DE NACIMIENTO: Girardot.			
ESTADO CIVIL: Soltero.	OCCUPACION: Hogar.			
DIRECCION: Cra 12 # 33-77 Girardot	TELEFONO: 3227708972.			
EPS: N. EPS.	BENEFICIARIO X-	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO X.
IPS QUE REMITE: Hospital Dumian.	Girardot.			

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

NOMBRES COMPLETOS Miguel Antonio Cruz Rincon.	DOCUMENTO 11305863.	TELEFONO FIJO 3227708972	TELEFONO CEL
PARENTESCO: Padre.	OCCUPACION: Conociente.	DIRECCION: Cra 12 # 33-77 Girardot.	
CORREO ELECTRONICO: No Refiere.			
NOMBRES COMPLETOS Andrea Paola Cruz Devia.	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL 3107908649.
PARENTESCO: Hermana.	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
Jairo Gómez M	Médico General	1102819592	Jairo Gómez M	1102819592



	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION</b>		
E	Inde	Original: 21/09/2016	Versión: 01
R	Actualización: - / - / -	<b>Página 1 de 3</b>	

Yo Miguel Cruz. mayor de edad, identificado con C.C. N. 11305863 de la ciudad de Ibague., en calidad de responsable del paciente Juan Miguel Cruz. identificado con C.C. N. 1070615815 de la ciudad de Girardot., 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.

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

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativá, traslado que se realizara 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 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:

Juan Miguel Cruz D

FIRMA DEL PACIENTE  
CC. N. 1070615815

Juan Miguel Cruz

NOMBRE DEL PACIENTE

HUELLA

Firma del testigo o responsable del paciente  
C.C. N. 11305.863

El paciente

Miguel D. Cruz Fico

Nombre del testigo o responsable del paciente  
HUELLA

puede firmar por:

Se firma a los 01 días del mes de Nov del año 2018

Nombre del medico

C.C. N. 102819392

Registro profesional