

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 14-NON-	HORA: 20:04 20:53	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Diana Janci		
DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE				
TIPO DOCUMENTO: CC	NUM.DOC: 7.174.533	GENERO: Masculino		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Bucayacan	CUCHIBAGUE	wilson	Armando	37 A
FECHA DE NACIMIENTO: 13-Mayo-1981	LUGAR DE NACIMIENTO: Tunja.			
ESTADO CIVIL: Casado	OCCUPACION: Independiente.			
DIRECCION: Soracca.	TELEFONO: 3115738776.			
EPS: Nueva eps.	BENEFICIARIO	COTIZANTE X	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE:				

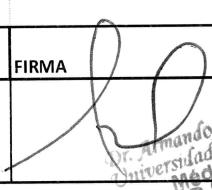
DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Yesid Javier Bucayacan	1.056.075.178	3115738776	
PARENTESCO: Hermano	OCCUPACION: Independiente	DIRECCION: Soracca	
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
Armando Cesar Casas Roman	CCPSSA	KM1W		Dr. Armando Cesar Casas Roman Universidad de la Habana Cuba Medico General R.M. 322741

 Hospital EMANUEL  Inde Instituto de Investigación y Desarrollo Emanuel	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: - / - / -	Página 1 de 3

Yo Wilson Ortega Bayon mayor de edad, identificado con C.C. N. 1056 025 179 de la ciudad de Santa Fe, en calidad de responsable del paciente Wilson Ortega Bayon identificado con C.C. N. _____ de la ciudad de Tunja, 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.

FORMATO HOPITALIZACION	CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO		INFORMADO DE VERSIÓN: 01
	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: - / - / -	
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 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:

FIRMA DEL PACIENTE

CC. N. _____

NOMBRE DEL PACIENTE

HUELLA

Armando Cesar Casas Román

Firma del testigo o responsable del paciente

C.C. N. 1056 076 178

El paciente

no

Nombre del testigo o responsable del paciente

HUELLA

puede

firmar

por:

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

Nombre del medico Armando Cesar Casas Román

C.C. N. 322741

Dr. Armando Cesar Casas Román
Universidad de la Hacienda
Médico General
R.M. 322741
Registro profesional

Armando Cesar Casas Román
322741

