

159471

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO:	07/04/15	HORA:	PERSONA QUE REALIZA INGRESO:	Dra. Ana Lara
	07-04-2015			

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO:	CC	NUM.DOC:	1.057.588.189	GENERO:	Femenino
PRIMER APELLIDO	Caceres	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	Laura
MATERU				SEGUNDO NOMBRE	Catalina
FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR DE NACIMIENTO:	Soquimono	13 - Sep - 1991	
ESTADO CIVIL:	Soltera	OCCUPACION:			
DIRECCION:	Cr 12 A 17 #54 Soquimono	TELEFONO:	3115209595		
EPS:	Scritus	BENEFICIARIO	COTIZANTE X	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE:					

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Jorge Andres Alvarez Mutes	74082481	7704260	
PARENTESCO:	Primo	OCCUPACION:	Empleo
DIRECCION:	Cr 12- 17 #54 - Soquimono.		
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
Lila Ruiz	MD HOIP	82435608	Huayra	01380

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

Yo JORGE ACODES ALVAREZ MATEUS mayor de edad, identificado con C.C. N. 74 092 481 59 de la ciudad de SEGUAMOSO, en calidad de responsable del paciente Laura CATALINA MATEUS CACERES identificado con C.C. N. 1057 588 189 de la ciudad de SEGUAMOSO, 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 CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO HOPITALIZACION	INFORMADO DE
FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: - / - / -
	Versión: 01 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. 1054588189

Lilia Catalina Mateus Cáceres

NOMBRE DEL PACIENTE

HUELLA

Firma del testigo o responsable del paciente

C.C. N. 74 082 421 59

El paciente

Nombre del testigo o responsable del paciente

HUELLA

puede

firmar

por:

Se firma a los 07 días del mes de 12 del año 2018.

Nombre del medico Lila Acuña

C.C. N. 57435608

Registro profesional