

# 160994.

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 19-12-2018 HORA: 20:15 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: JRD Voneps.

## DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC.	NUM.DOC: 1020.829240	GENERO: Masculino		
PRIMER APELLIDO: Chiriboga	SEGUNDO APELLIDO: Zambrano	PRIMER NOMBRE: Juan	SEGUNDO NOMBRE: Sebastian	EDAD: 21 a
FECHA DE NACIMIENTO: 20 - Octubre - 1997	LUGAR DE NACIMIENTO: Fosca Cundinamarca,			
ESTADO CIVIL: Soltero	OCCUPACION:	Estudiante.		
DIRECCION: Carr 12C # 152-42 Apt 207	cedula 7	TELEFONO:	3115832218.	
EPS: Sanitas.	BENEFICIARIO <input checked="" type="checkbox"/>	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO <input checked="" type="checkbox"/>

IPS QUE REMITE: Puente Aranda Sanitas.

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

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Martha Adelia Zambrano V.	20546409	6637267	3115832218
PARENTESCO:	OCCUPACION:	DIRECCION:	

CORREO ELECTRONICO:

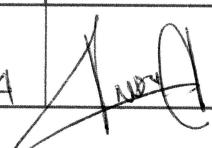
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Melva Vasquez.		Tia	3219202882
PARENTESCO:	OCCUPACION:	DIRECCION:	

CORREO ELECTRONICO:

## MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

## HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Chiriboga German	Mejico General	2016036454		2016036454



 <b>Clínica Emmanuel</b> <b>Inde</b>  <b>Instituto de Dómenicos Emmanuel</b>	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN</b>		
FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01	Actualización: - / - / -

Página 1 de 3

Yo Martina Adela Zumbado Vásquez mayor de edad, identificado con C.C. N. 70.546.409 de la ciudad de Tosca, en calidad de responsable del paciente mama Juan Sebastián Gustavo Zumbado identificado con C.C. N. 1020 829240 de la ciudad de Bogotá, 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, qué 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>Efrim</b> <b>CLÍNICA EMANUEL</b>	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>INFORMADO DE</b>
 <b>INDE</b> <b>Instituto Nacional de Enfermedades Emmanuel</b>	<b>FR - HOIN - 04</b>	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 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:

8 Lóccos  
**FIRMA DEL PACIENTE**  
CC. N. 1020829240

Juan Sebastián Cardozo Zambrano  
**NOMBRE DEL PACIENTE**  
**HUELLA**

Martina Zambrano.  
Firma del testigo o responsable del paciente  
C.C. N. 20.546.409.  
El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 19 días del mes de Diciembre del año 2018  
Nombre del medico Cindy Cely German  
C.C. N. 10160086454 Registro profesional