

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 27-DIC-2018 HORA: 1430 PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Diana Jara

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: <u>CC</u>	NUM.DOC: <u>39575 196</u>	GENERO: <u>Femenino</u>		
PRIMER APELLIDO <u>Rodríguez</u>	SEGUNDO APELLIDO <u>Rodríguez</u>	PRIMER NOMBRE <u>Xiomara</u>	SEGUNDO NOMBRE <u>Janeate</u>	EDAD <u>40A</u>
FECHA DE NACIMIENTO: <u>20-Agosto-1978</u>		LUGAR DE NACIMIENTO: <u>Girardot</u>		
ESTADO CIVIL: <u>Union libre</u>		OCCUPACION: <u>Hogar</u>		
DIRECCION: <u>Menzana J casa 3 Barrio</u>		TELEFONO: <u>3107722321</u>		RANGO EPS:
EPS: <u>N- EPS</u>	BENEFICIARIO <u>Covia de Gobernación</u>	COTIZANTE <u>X</u>	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE: <u>Clinica Especialista de Girardot.</u>				

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS <u>German Rodríguez Puri</u>		DOCUMENTO <u>11246005</u>	TELEFONO FIJO <u>3212687125</u>	TELEFONO CEL
PARENTESCO: <u>ESPOSO</u>	OCCUPACION: <u></u>	DIRECCION: <u>Menzana J casa 3 Barrio</u>		
CORREO ELECTRONICO: <u></u>				
NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
PARENTESCO:	OCCUPACION:	DIRECCION: <u></u>		
CORREO ELECTRONICO: <u></u>				

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
<u>Cila naran</u>	<u>MU Msp.</u>	<u>57435608</u>	<u>Marisol</u>	<u>013020</u>

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

Yo Juan Rodriguez Roca mayor de edad, identificado con C.C. N. 11296005 de la ciudad de Santo Domingo, en calidad de responsable del paciente Xiomara Rodriguez Roca identificado con C.C. N. 39575196 de la ciudad de Santo Domingo, 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.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE C.C. N. 11296005 HUELLA

Firma del testigo o responsable del paciente C.C. N. 11296005 HUELLA

Número del testigo o responsable del paciente C.C. N. 11296005 HUELLA

El paciente no puede firmar porque

Se firma a los 22 días del mes de Diciembre del año 2018.

C.C. N. 11296005 HUELLA
Número del médico 1113080
Registro profesional

Comprendiendo estas limitaciones soy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmando 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 práctica de la intervención o procedimiento que requiere compromete una actividad de medio 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 misma manera declaro que entiendo que la medicina no es una ciencia exacta, en el sentido de que existe en caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del paciente.

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

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