

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO:	14/10/18	HORA:	18:50	PERSONA QUE REALIZA INGRESO:	Dayanna Corredor
----------------	----------	-------	-------	------------------------------	------------------

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO:	CC.	NUM.DOC:	40.020.162	GENERO:	Femenino
PRIMER APELLIDO	Riano	SEGUNDO APELLIDO	Rivera	PRIMER NOMBRE	Maria
SEGUNDO NOMBRE	Ermelinda	EDAD	55		
FECHA DE NACIMIENTO:	20/04/1963	LUGAR DE NACIMIENTO:	Tunja		
ESTADO CIVIL:	Vivienda	OCCUPACION:	Ama Casa		
DIRECCION:	Cll 5A # 40-22.	TELEFONO:	313 483 1011		
EPS:	Nuevitas	BENEFICIARIO	X.	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE:	BanRafael Tunja				

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL	
Segundo Riano Rivera		7182321		3134831011	
PARENTESCO:	Hijo	OCCUPACION:	Vigilante	DIRECCION:	Cll 5A # 40-22
CORREO ELECTRONICO:					3228173687
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
Pablo Perez	Musico	1129564649	Pablo Perez	REGISTRO GENERAL 1129564649

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

Yo Sergio V. Gómez Pérez mayor de edad, identificado con C.C. N. 7188321 de la ciudad de Tegucigalpa, en calidad de responsable del paciente Alberto Germelindo Pérez Gómez, identificado con C.C. N. 40020142 de la ciudad de Tegucigalpa, 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.

	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO HOSPITALIZACION	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 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:

FIRMA DEL PACIENTE

CC. N. 40.020142



HUELLA

NOMBRE DEL PACIENTE

Firma del testigo o responsable del paciente

C.C. N. 7.192.321

Nombre del testigo o responsable del paciente

HUELLA

El paciente

no

puede

firmar

por:

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

Nombre del medico Pablo Pérez

C.C. N. 1129564644

Registro profesional