

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO:	09/12/18	HORA:	13:20	PERSONA QUE REALIZA INGRESO:	ANGELICA CRUZ
----------------	----------	-------	-------	------------------------------	---------------

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO:	T.I	NUM.DOC:	1000577447	GENERO:	M
PRIMER APELLIDO	Moreno	SEGUNDO APELLIDO	Buitrago	PRIMER NOMBRE	Juan
SEGUNDO NOMBRE	Felipe	EDAD	17 años		
FECHA DE NACIMIENTO:	17 / Enero / 2001	LUGAR DE NACIMIENTO:	Bogota.		
ESTADO CIVIL:	Soltero	OCCUPACION:	Estudiante.		
DIRECCION:	Calle 5 # 1B -72 Cs 6 Chia	TELEFONO:	8854095 - 3164994306	RANGO EPS:	A
EPS:	Sanitas	BENEFICIARIO	X	COTIZANTE	SUBSIDIADO
IPS QUE REMITE:	Centro Medico La Castellana				

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Sara Buitrago Santos	52.080.019	8854095	3164994306
PARENTESCO:	Madre	OCCUPACION:	Arquitecta
DIRECCION:	Calle 5 # 1B -72 Cs 6 Chia.		
CORREO ELECTRONICO:	sara.buitrago@gmail.com		
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Wilson Moreno	79.599.670	3192023081	
PARENTESCO:	Padre	OCCUPACION:	Ing. Comercial
DIRECCION:	Calle 5 # 1B -72 Cs 6 Chia.		
CORREO ELECTRONICO:	#156367		

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Pablo Perez	Médico	1129564644	Pablo Perez Médico General 091120064444	Pablo A. Perez Médico General 091120064444

 FR-HOFA-01	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES		
	Original: 02/05/2018	Versión: 01	
	Actualización: --/--/----	Página 1 de 3	

Yo SARA BUITRAGO SANTOS mayor de edad, identificado con C.C. N° 52.080.019 de la ciudad de BOGOTÁ, en calidad de responsable del paciente JUAN FELIPE MORENO BUITRAGO identificado con C.C. N° 52.080.019 de 1000577447 COTA, por medio del presente autorizo al Consorcio Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de Rehabilitación y atención al paciente, teniendo en cuenta que se me ha informado:

INFORMACIÓN: 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 atiendan le informarán oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como de 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, psiquiatra, psicólogo(a), trabajador social, terapeuta ocupacional, médico general y personal de 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 indicaciones médicas a salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de contención física (Inmovilización) por un lapso que no exceda las dos 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, broncoaspiración, entre otras.

Se dio a conocer el manual de convivencia para pacientes, familia y/o cuidadores del Programa de Adicciones "Renacer" 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.

 Estar Renacer Inde Mejorar	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES		
	FR - HOFA - 01	Original: 02/05/2018	Versión: 01
		Actualización: --/---/----	Página 2 de 3

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativa, 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.

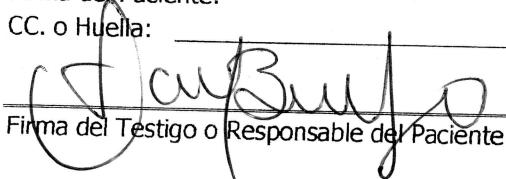
Su ingreso al Programa Renacer es **VOLUNTARIO**, al firmar este documento acepta y acata el Manual de Convivencia, las fallas o incumplimientos son motivos de Expulsión del Programa.

Al firmar este documento doy constancia de que se me han informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se me 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 programa y firmo a continuación:

Firma del Paciente:

CC. o Huella:


Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Paciente:

SARA BUITRAGO SANTOS
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:

El paciente no puede firmar por:

Relación con el paciente:

Se firma a los _____ días del mes de _____

del año _____

Pablo A. Ruiz Rodríguez
PABLO A. RUIZ RODRIGUEZ
MÉDICO GENERAL
R.M. 12956464
11/11/2011

Nombre del médico

Cc

112956464

Firma y sello
Registro profesional