

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA	HORA	FC				
21/06/18 18:44 DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE						
TIPO DE DOCUMENTO		cedula.	NUMERO DE DOCUMENTO	41780920	GENERO	M F
PRIMER APELLIDO		Alvarez.	SEGUNDO APELLIDO	Hellela	NOMBRE	EDAD
FECHA DE NACIMIENTO		04/03/58	LUGAR DE NACIMIENTO	Caqueza.	ESTADO CIVIL	Soltera.
DIRECCION		Cl 172A # 81A -44	BARRIO	Tabola	OCCUPACION	Hogar.
PACIENTE REMITIDO		SI X NO	EPS REMITENTE	IPS	EP'S	TIPO DE VINCULACION
				N. E PS	11. San Rafael Caqueza	

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO		TELÉFONO
Olga Alvarez.		cedula	39.728.874		3168708911
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO		DIRECCION	BARRIO/CIUDAD
Hermana	Hogar	—		Cl 172A # 81A -44	Tabola
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS		TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO		TELÉFONO
PARENTESCO	OCCUPACION	CORREO ELECTRONICO		DIRECCION	BARRIO/CIUDAD

DIAGNOSTICOS DE SIQUIATRIA

OTROS DIAGNOSTICOS:

Trastorno Afecivo Bipolar F31.2

MEDICO TRATANTE

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO

CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE

CARGO

NUMERO DE DOCUMENTO

FIRMA

JWC Cettori H

Plaguichc

39064578

Jack H

Dr. Juan C. Cuellar Hernandez
Psiquiatra
C.C. 50X4578
Reg. 1215011346

 Clínica Emmanuel Edm Ind	FORMATO CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: --/-/-	Página 1 de 3

Yo Olga Ivonne Almeida Henao mayor / de edad, identificado con C.C. N° 39328874 de la ciudad de Armenia, en calidad de responsable del paciente Isabel Almeida Henao identificado con C.C. N° 41794920 de Bogotá por medio del presente autorizo a la Clínica Emmanuel a llevar a cabo el proceso de tratamiento 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 necesita 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 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.

 Efecto Indirecto	FORMATO CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: --/--/--	Página 2 de

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 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 procedimiento y firmo a continuación:

Firma del Paciente:
CC. o Huella: _____

Nombre del Paciente:
CC # 41784.930 ZK

3-63-9365

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 21 días del mes de junio del año 2018

Nombre del médico

CC 75064578

Juan C. Cuellar Hernandez
Psiquiatra
C.C. 75064578
Reg. 18185/1346

Firma y sello
Registro profesional

