

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO:	07/01/18	HORA:	10:30	PERSONA QUE REALIZA INGRESO:	Ana Lucia Cevallos
----------------	----------	-------	-------	------------------------------	--------------------

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO:	CC.	NUM.DOC:	1069738851	GENERO:	Femenino
PRIMER APELLIDO	Carrillo	SEGUNDO APELLIDO	Martinez	PRIMER NOMBRE	Indira
FECHA DE NACIMIENTO:	25/01/1992	LUGAR DE NACIMIENTO:	Fusagasuga (Cund)	SEGUNDO NOMBRE	Alejandra
ESTADO CIVIL:	Soltera	OCCUPACION:	Hogar	EDAD	26 años
DIRECCION:	Cra 14 # 16-11 Apt 204 Fusa.	TELEFONO:	313 4036235		
EPS:	Sanitas.	BENEFICIARIO		COTIZANTE	X
IPS QUE REMITE:	Clínica Belen Fusagasuga.			SUBSIDIADO	
				CONTRIBUTIVO	X

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Maria del Pilar Martinez	39.615.963	3134036235	
PARENTESCO: Madre	OCCUPACION: Abogada	DIRECCION: Cra 14 # 16-11 Apt 204 Fusa.	
CORREO ELECTRONICO: inca.PI@hotmail.com			
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Julio Cesar Carrillo Doca			3103386048
PARENTESCO: Padre	OCCUPACION:	DIRECCION:	
CORREO ELECTRONICO:			#155693.

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Jairo Gary M	Mtro General	102819542	Jairo Gary	102819542

 Clínica Emmanuel <small>Instituto de Demencias Emmanuel</small>	<h2 style="margin: 0;">FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION</h2>		
Emmanuel Inde <small>Instituto de Demencias Emmanuel</small>	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: - / - / -	Versión: 01 Página 1 de 3

Yo Maria del Pilar Martinez Anas mayor de edad, identificado con C.C. N. 39'615.963 de la ciudad de Fusagasugá, en calidad de responsable del paciente Indira Alejandra Camilo Martinez identificado con C.C. N. 4'069.738.857 de la ciudad de Fusagasugá, 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,

FORMATO HOPITALIZACION	CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO	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 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:

Indira Alejandra

FIRMA DEL PACIENTE

CC. N. 1069738857

HUELLA

Indira Alejandra

NOMBRE DEL PACIENTE Camillo

Huella

Firma del testigo o responsable del paciente

C.C. N. 39615963

El paciente

María del Pilar Martínez Araya

Nombre del testigo o responsable del paciente

HUELLA

puede

firmar

por:

Se firma a los 07 días del mes de DIC del año 2018

Nombre del médico

C.C. N. 1102819872

Registro profesional