

	INFORMACIÓN A FAMILIARES/ACOMPAÑANTES UNIDAD DE SALUD MENTAL PEDIÁTRICA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-091

Estimado Usuario,

¡Le damos una cordial bienvenida a nuestra institución!

Queremos acompañarlos en este proceso, por eso a continuación encontrarán información importante para tener en cuenta durante la hospitalización de su familiar. Estas recomendaciones buscan brindar bienestar, seguridad y contribuir a una recuperación más tranquila y adecuada.

1. VISITAS:

- **Identificación en el área de ingresos:** Al momento de ingresar, le pedimos que se presente con su documento de identidad para poder verificar sus datos personales. Preferiblemente, debe ser la cédula de ciudadanía. Lamentablemente, no se permitirá el ingreso sin este documento.
- **Nota importante:** No se permite el ingreso de menores de edad.
- **Apoyo en el autocuidado del paciente:** Durante el tiempo de visita, le solicitamos que brinde su apoyo y supervisión en las actividades del paciente, tales como autocuidado, deambulaci3n, alimentaci3n y vigilancia, seg3n lo indique el equipo de salud.
- **Ingreso de medicamentos de casa:** Es importante que, al ingresar a la instituci3n, los medicamentos sean presentados con la orden m3dica vigente. Esto garantiza un adecuado manejo del tratamiento m3dico y evita reprocesos innecesarios.
- **Lista de visitantes:** Solo podr3n ingresar aquellas personas que figuren en la lista de visitantes que se diligencia al momento del ingreso del paciente, e ingresar3 de a una persona a la zona de visitas.
- **Modificaciones en la lista de visitantes:** Si necesita realizar alg3n cambio en esta lista, por favor notifíquelo durante la llamada que el personal de salud realiza para informar sobre el estado del paciente.
- **Visitas de menores de edad:** En caso de que desee que un menor de edad visite al paciente, debe obtener la autorizaci3n previa del equipo de psiquiatr3a, y por seguridad solo se permitir3 ingreso de menores de edad de 14 a3os en adelante y seg3n lo indique el caso.
- **Cambios en el comportamiento del paciente:** Si observa cualquier cambio en el estado emocional o comportamental del paciente que represente alg3n riesgo, por favor notifíquelo de inmediato al personal asistencial presente que se encuentra acompa3ando la visita
- **Interacciones limitadas:** Le pedimos que limite su interacci3n con otros pacientes y el personal de vigilancia, con el fin de mantener un ambiente tranquilo y seguro. Su rol debe ser el de acompa3ante y supervisor del paciente.
- **Uso de dispositivos electr3nicos:** No est3 permitido el uso de celulares u otros dispositivos electr3nicos dentro de la instituci3n. Si necesita realizar una llamada o comunicarse de alguna manera, deber3 salir de la unidad.
- **Objetos no permitidos:** No est3 permitido ingresar maletas, sombrillas, alimentos, cartas, fotograf3as, dinero ni ning3n otro art3culo, de acuerdo con lo establecido en el Consentimiento Informado de Ingreso a la Unidad de Salud Mental Adultos.
- **Uso del celular del acompa3ante:** No se permite que los pacientes utilicen el celular del acompa3ante. De ser necesario, deber3 solicitar autorizaci3n al m3dico hospitalario.
- **Responsabilidad sobre pertenencias:** El personal de enfermer3a, asistencial y vigilancia no custodiar3 las pertenencias de los acompa3antes. Es responsabilidad de cada uno cuidar sus objetos personales.
- **N3mero de acompa3antes:** Durante la visita, se permiten un m3ximo de dos personas, distribuyendo el tiempo de forma que solo una persona entre a la unidad a la vez.
- **Prevenci3n de ca3das - Calzado adecuado:** Le recomendamos traer calzado antideslizante para su estancia hospitalaria, calzado cerrado antideslizante sin cordones y f3cil de colocar. Evite el uso de

	INFORMACIÓN A FAMILIARES/ACOMPAÑANTES UNIDAD DE SALUD MENTAL PEDIÁTRICA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-091

chancas playeras. preferiblemente use sandalias de ducha antideslizantes Se sugiere que el calzado sea cerrado, de suela plana y sin tacón, para prevenir riesgos de caídas.

- **Higiene de manos y prevención de infecciones:** La higiene de manos es fundamental para prevenir infecciones. Le solicitamos que se lave las manos frecuentemente después de salir del baño, o si tiene manos sucias con agua y jabón.
- **Importante:** Para cuidar la seguridad y el bienestar de todos, el ingreso a la unidad de salud mental se realiza bajo condiciones que permitan a los visitantes permanecer de manera autónoma e independiente durante su estadía

Nota: El personal de enfermería podrá indicarle si es necesario un cambio de calzado por motivos de seguridad, Sí nota algún riesgo de caída o dificultad de movilidad en el paciente, infórmelo de inmediato al personal.

1. HORARIOS Y DISTRIBUCIÓN DE VISITAS:

CAMA	DIA DE VISITA (2 horas)
202, 203, 204, 205, 208, 209, 210	Viernes de 9:00 a.m. a 11: 00 m.
211, 212, 213, 214, 215, 216, 217,218	Viernes de 2:00 p.m. a 4: 00 p.m.

CAMA	DIA DE VISITA (30 minutos)
202, 203, 204, 205, 208, 209, 210	Miércoles, jueves y Domingos de 4:30 p.m. a 5:00 p.m.
211, 212, 213, 214, 215, 216, 217,218	Miércoles, jueves y Domingos de 5:10 p.m. a 5:40 p.m.

Nota: Se aclara que no está permitido el ingreso de alimentos ni bebidas durante la visita

2. ROPA Y LAS PERTENENCIAS:

La recepción y entrega de pertenencias se realizará única y exclusivamente los viernes en el horario mencionado:

CAMA	DIA DE ENTREGA DE PERTENENCIAS
202, 203, 204, 205, 208, 209, 210	Viernes de 8:00 a.m. a 9: 00 am.
211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218	Viernes de 1:00 p.m. a 2: 00 p.m.

Para los ingresos nuevos, la recepción de pertenencias se realizará al siguiente día en horario de 9:30 am a 11:00 am y de 5:00 pm a 6:00pm del mismo día.

	INFORMACIÓN A FAMILIARES/ACOMPAÑANTES UNIDAD DE SALUD MENTAL PEDIÁTRICA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-091

En casos estrictamente necesarios y en los que se amerite beneficiar al paciente que ya está hospitalizado, se autorizará ingreso de pertenencias en horario anterior.

ENTREGA DE ROPA Y LAS PERTENENCIAS

Con el fin de garantizar la seguridad y bienestar de todos los pacientes, les compartimos las siguientes recomendaciones:

No está permitido el ingreso de:

- Leggings, brasieres con varilla, faldas, prendas con cordones, taches o rotos, medias veladas o largas, bufandas, prendas con capota o malla, chal o ruana.
- Prendas con contenido sugestivo o inapropiado (calaveras, estampado militar, equipos de fútbol, armas, imágenes o frases violentas, sexistas o que promuevan el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas).
- Alimentos, cartas, fotografías, dinero, stickers, imágenes religiosas, lápices, lapiceros o tajalápiz.

Otras recomendaciones importantes:

- No se permite el ingreso de copas menstruales, únicamente toallas higiénicas.
- No se permite el talco en polvo para pies o talco corporal.
- No está permitido prestar, regalar o intercambiar pertenencias entre pacientes durante su hospitalización.
- Al momento del ingreso tenga presente traer pertenencias suficientes para toda la semana, considerando un cambio de ropa diario. El ingreso y entrega de ropa sólo se hará en los días establecidos.

Elementos que debe traer:

Útiles de aseo y pertenencias personales:

Para garantizar el bienestar y organización durante la estancia, le solicitamos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Traer la ropa y los útiles personales debidamente marcados con el nombre completo en el interior de cada prenda, utilizando marcador indeleble (tipo Sharpie).
- Incluir bolsas tipo ziploc para guardar objetos personales como el cepillo de dientes o la cuchilla de afeitar (esta última solo para el piso de hombres).
- Traer un cuaderno cocido de uso exclusivo para el paciente.
- Se recomienda traer únicamente las pertenencias solicitadas y siguiendo las indicaciones brindadas al momento del ingreso o por el profesional de salud.
- Las pertenencias del paciente serán guardadas en el armario asignado en su habitación.

Útiles de aseo personal:

- Jabón y shampoo (preferiblemente para bebé y en presentación tipo sachet).
- Cepillo de dientes.
- Peine.

	INFORMACIÓN A FAMILIARES/ACOMPAÑANTES UNIDAD DE SALUD MENTAL PEDIÁTRICA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-091

- Desodorante en presentación tipo sachet.
- Toalla de baño.
- Dos rollos de papel higiénico (solo al ingreso).

Todos los elementos de aseo deben ser de uso personal y en presentaciones pequeñas (tipo sachet).

Calzado:

- Se recomienda traer zapatos cerrados (sin talón descubierto), con suela antideslizante y sin cordones u otros elementos que puedan representar riesgo.

Otros:

- Paquete de bolsas para el almacenamiento de ropa sucia.

3. LLAMADA TELEFÓNICA

Las llamadas salientes para la comunicación entre el paciente y su familiar tendrán una duración de 3 minutos y se realizarán de la siguiente manera:

- Martes de 8:00am a 11:00 am

Las llamadas entrantes para la comunicación entre familiares y pacientes se realizarán a través de la línea 601-9160076

Opciones del conmutador:

Marque 1 para compensar

Después elija la opción según corresponda

- Hospitalización niños niñas y adolescentes: marque 1
- **Habitaciones pares:** 4:00 pm a 5:00pm
- **Habitaciones impares:** 5:00pm a 6:00pm

Nota: Este servicio no estará disponible el día de visitas correspondiente a cada piso.

- Con el fin de garantizar la comunicación para todos los usuarios, se permite una llamada por turno, con una duración de hasta 3 minutos.
- En caso de presentarse una situación de desborde emocional durante la llamada, esta podrá ser finalizada para proteger el bienestar del paciente.

	INFORMACIÓN A FAMILIARES/ACOMPAÑANTES UNIDAD DE SALUD MENTAL PEDIÁTRICA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-091

Información a familiares de parte del equipo interdisciplinario:

- **Equipo psicosocial:**
Se establecerá contacto telefónico máximo al tercer día del ingreso del paciente, para brindar información del proceso terapéutico.
- **Enfermería:**
De parte del personal de enfermería, se establecerá contacto con el familiar o representante con el fin de brindar información de actividades básicas cotidianas al segundo día del ingreso hospitalario.
- **Psiquiatría:** Establecerá contacto la semana siguiente del ingreso del paciente
- **Medico hospitalario:** Establecerá contacto el fin de semana
- Se suministra información por parte del equipo psicosocial el viernes durante la visita.

4. DEBERES Y DERECHOS:

DERECHOS

- Elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles.
- Disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad, así como a los procedimientos y tratamientos que se van a practicar, el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.
- Recibir un trato digno y considerado, respetando sus creencias y costumbres, así como a expresar su opinión acerca de su enfermedad.
- Recibir la atención prioritaria sin condición alguna, así mismo tiene derecho a recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios, tanto de los profesionales de la salud como de la clínica.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual, moral o religioso de acuerdo con sus convicciones.
- Que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial, secreta y que solo con su autorización puedan ser entregados y/o conocidos.
- A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.

	INFORMACIÓN A FAMILIARES/ACOMPAÑANTES UNIDAD DE SALUD MENTAL PEDIÁTRICA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-091

DEBERES

- Informar sobre síntomas y datos que permitan una mayor comprensión de su condición de salud actual.
- Seguir los conductos regulares y respetar los canales de comunicación, establecidos para las diferentes etapas y actividades del proceso terapéutico.
- Colaborar activamente en el proceso terapéutico propuesto por los equipos de atención en salud.
- Responsabilizarse de las indicaciones, plan terapéutico y cuidados indicados por el equipo de atención en salud.
- Contribuir al cuidado del medio ambiente y cumplir con la correcta clasificación de residuos hospitalarios.
- Adherirse a los protocolos y reglamentos establecidos para el cuidado terapéutico.
- Cuidar los recursos puestos a disposición para su estancia en la institución
- Cumplir con los requisitos administrativos de la Clínica.
- Dar un trato respetuoso y amable a los colaboradores, pacientes o familiares.
- Leer y entender antes de firmar los documentos de consentimiento informado de acuerdo con el momento de su proceso terapéutico
- Informar sobre las irregularidades que perciba durante su permanencia en la institución.
- Firmar los consentimientos de los procedimientos y/o tratamientos, una vez tenga clara la información acerca del mismo.

Firma paciente o representante:	Firma profesional:
Nombre:	Nombre:
Documento:	Documento:

	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACION EN SERVICIO DE SALUD MENTAL PEDIATRICA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-052

FECHA, DIA / MES / AÑO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS _____
 TIPO DE DOCUMENTO CC _____ CE _____ TI _____ PA _____ PE _____ OTRO _____ NUMERO _____
 EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DATOS DEL ACOMPAÑANTE O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRES Y APELLIDOS _____ PARENTESCO _____
 TIPO DE DOCUMENTO CC _____ CE _____ TI _____ PA _____ PE _____ OTRO _____ NUMERO _____

CONSENTIMIENTO:

En pleno uso de mis facultades intelectuales, libre de todo apremio y con el criterio suficiente para juzgar los riesgos mencionados, manifiesto que, por parte del equipo asistencial en salud, cuyos nombres y firmas constan al final del documento, se me ha suministrado la información en forma clara, en lenguaje sencillo e incluyente acerca de:

- El diagnostico, evolución, riesgos de la enfermedad de mi familiar.
- La necesidad y propósito del plan terapéutico, así como las alternativas posibles de tratamiento.
- El deber de seguir con el plan terapéutico, el cual se me ha informado y deben realizarse posterior al egreso de la institución.
- Que los menores de edad de acuerdo con los establecido en el Código de infancia y adolescencia, Ley 1098 de 2006 Art 46 Numeral 6, **no son sujeto de retiro voluntario de la institución hasta finalizar el plan terapéutico o las indicaciones de instituciones de protección de menores.**
- Que, para salvaguardar la integridad de los pacientes hospitalizados en el servicio de salud mental pediátrico, por recomendación del médico especialista en Psiquiatría, los pacientes **NO** tendrán acompañamiento de familiar o representante legal durante la estancia en el servicio,

ACEPTO __ que mi familiar sea salvaguardado por el personal asistencial del servicio, garantizando el seguimiento a su estadía durante el tiempo que dure la hospitalización.

Entiendo que la hospitalización es una modalidad de tratamiento donde se realiza seguimiento por el médico especialista y equipo interdisciplinario de terapeutas, encaminado a estabilizar emocional y conductualmente al paciente con síntomas psiquiátricos.

Soy informado que este puede ser de varios tipos: psicoterapéutico, farmacológico, conductual, requerir contención física y/o farmacológica, que el tiempo de hospitalización en la unidad de salud mental pediátrica es variable, y que se encuentra condicionado a la patología del paciente, la evolución clínica, y la respuesta al tratamiento presentado durante la estancia hospitalaria.

Aceptación del ingreso al servicio de hospitalización

He recibido toda la información y se me han aclarado las dudas por lo que autorizo al equipo de REDES MEDICAS SAS IPS, a realizar el tratamiento completo que sea pertinente para el caso. Así mismo si durante el tratamiento surgiera alguna complicación o imprevisto, podrán realizar los procedimientos adicionales que puedan requerirse en el momento de su ejecución, con el fin de restablecer la salud y conducta de mi familiar por intermedio del ejercicio legal de su profesión y con el apoyo de otro profesional o auxiliar de la salud en caso de ser necesario.

Acepto desde ahora que en caso de presentarse una emergencia que implique la evacuación de las instalaciones, encontrare al paciente en el correspondiente punto de encuentro de acuerdo con el procedimiento interno.

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACION EN SERVICIO DE SALUD MENTAL PEDIATRICA

Proceso: Gestión Hospitalaria

Código: FT-GH-052

Autorizo SI ____ NO ____ a REDES MEDICAS IPS a realizar exámenes, tomas de muestras, procedimientos y en general a intervenir medicamente cuando existe riesgo para los trabajadores involucrados en la atención del paciente, así como a remitir a entidades externas en procura de la salud de los trabajadores. En consecuencia, autorizo a REDES MEDICAS IPS a remitir resultados y datos sujetos a reserva de la atención brindada a dicha entidad de salud o de gestión de riesgos como aseguradoras.

INFORMACION RELEVANTE PARA LA HOSPITALIZACION DE LOS MENORES DE EDAD.

Los actos asistenciales del talento humano en salud están clasificados según nivel de riesgo para permitir la conducta a seguir.

1. Bajo riesgo: Actos asistenciales sin riesgo o de mínimo riesgo para la integridad y el desarrollo integral del niño, niña o adolescente.

Frente a actos asistenciales de ***bajo riesgo***, niñas, niños y adolescentes podrán asumir la responsabilidad en la toma de decisiones, sin que esto demande niveles significativos en la autonomía progresiva y contextual.

2. Mediano riesgo: Actos asistenciales con riesgo mínimo a moderado para la integridad y el desarrollo integral del niño, niña o adolescente.

Respecto de actos asistenciales de ***mediano riesgo***, la autonomía progresiva y contextual, debe enfocarse desde factores asociados al desarrollo cognitivo, a su desarrollo emocional, al entorno y la experiencia vital, incluyendo experiencias previas con la salud y enfermedad, así como de la identificación de habilidades para la toma de decisiones y de comprender el alcance y la naturaleza de la decisión para que puedan asumir la responsabilidad de la decisión.

3. Alto riesgo: Actos asistenciales con alto riesgo para la supervivencia, integridad y el desarrollo integral del niño, niña o adolescente.

En el caso de actos asistenciales de ***alto riesgo***, se deberá tener en cuenta el asentimiento informado de la niña, el niño o el adolescente, y *quienes estén en ejercicio de los derechos de patria potestad tendrán responsabilidad en la toma de decisiones*.

En el caso de actos asistenciales de ***alto riesgo***, se deberá tener en cuenta el consentimiento informado pediátrico por parte del adolescente de ***14 años o más***, *podrán ser estos quienes tendrán la responsabilidad en la toma de decisiones*.

Para los casos en los cuales se considere un acto asistencial complejo con ***múltiples riesgos*** y efectos sobre el desarrollo integral, se debe ***promover*** la toma de ***decisiones compartidas***.

Orientaciones sobre el disentimiento o rechazo a los actos asistenciales.

El resultado del proceso de información puede ser la ***negativa a la realización de los actos asistenciales***, frente a lo cual se dan las siguientes orientaciones a ser tenidas en cuenta:

1. En los casos en que niñas, niños y adolescentes ***no cuenten con capacidad para la toma de decisiones*** y se exprese ***disentimiento o rechazo al acto asistencial*** pero el mismo se estima ***necesario, pero no urgente***, se deben adelantar las acciones necesarias que permitan la comprensión de la necesidad del tratamiento o procedimiento buscando la aceptación de este, sin coacción o manipulación.
2. En los casos en que niñas, niños y adolescentes ***no cuenten con capacidad para la toma de decisiones*** y exprese su ***disentimiento o rechazo al acto asistencial*** y este es ***impostergable e indispensable*** para la garantía de su supervivencia y desarrollo integral, ***se puede no tener en cuenta el rechazo*** y proceder a la realización del acto asistencial en atención al interés superior de niñas, niños y adolescentes.
3. En los casos en que niñas, niños y adolescentes ***se encuentren en capacidad para la toma de decisiones*** de acuerdo con la autonomía progresiva y contextual, de tomar una decisión

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACION EN SERVICIO DE SALUD MENTAL PEDIATRICA

Proceso: Gestión Hospitalaria

Código: FT-GH-052

informada, *comprendiendo el alcance de la decisión*, la naturaleza y sus consecuencias e implicaciones, su voluntad y *decisión del rechazo o disentimiento* del acto asistencial, por lo tanto se deberá tener en cuenta que el médico tratante es quien determina en valoración la capacidad de dicha toma de decisifico.

Actos asistenciales extraordinarios: donde el beneficio para la salud, el desarrollo integral y el mantenimiento de la salud, no es claro o previsible, y se presenta la probabilidad de alto riesgo a la integridad y el desarrollo integral del niño, niña o adolescente.

1. Respecto a actos extraordinarios o experimentales, se requerirá siempre el asentimiento del niño o niña, y adolescentes menores de 14 años, quienes estén en ejercicio de los derechos de patria potestad tendrán la responsabilidad en la toma de decisiones.
2. En el caso de actos extraordinarios o experimentales, se requerirá siempre el consentimiento informado del adolescente de 14 años o más, quien podrá asumir la responsabilidad en la toma de decisiones.

DEFINICIONES

- **AUTONOMÍA PROGRESIVA Y CONTEXTUAL EN LA ATENCIÓN EN SALUD:** Principio de agenciamiento para autodeterminarse, ponerse límites a sí mismo y a los otros. Está íntimamente relacionada con la capacidad mental del individuo para la toma de decisiones, se reconoce desde factores asociados al desarrollo cognitivo, a su desarrollo emocional, al entorno y la experiencia vital, incluyendo experiencias previas con la salud y enfermedad.
- **ASENTIMIENTO PEDIÁTRICO:** Se entiende como la manifestación informada, libre, voluntaria, de aceptar que dé lugar un acto asistencial. Tiene como objeto solicitar una expresión de la voluntad del paciente para aceptar el cuidado propuesto. El asentimiento pediátrico, puede ser evaluado por

medio de *la identificación de la comprensión del paciente acerca de la situación y de los factores que influyen en su respuesta*.

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO PEDIÁTRICO:** Se comprende como la manifestación informada, libre, y voluntaria para que dé lugar un acto asistencial por parte del adolescente de 14 años o más.
- **CONSENTIMIENTO SUSTITUTO:** Es la manifestación informada, libre, y voluntaria para que dé lugar un acto asistencial por parte de quienes se encuentran en ejercicio de los derechos de patria potestad en los casos en los cuales el niño, niña o adolescente no pueda participar en el proceso de toma de decisiones. El consentimiento sustituto, no se traduce en un poder absoluto y en la toma de decisiones en salud. A través de Si la niña, niño, o adolescente no cuenta con **habilidades para la toma de decisiones en salud**, y no puede recibir información ni participar en la toma de decisiones, serán sus representantes legales quienes deberán emitir el consentimiento informado, por medio del consentimiento sustituto, teniendo en cuenta su condición de salud hacia el futuro, buscando que estas no limiten la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad a través de decisiones irreversibles que puedan afectar su salud física o mental, así como su aspecto físico o su imagen corporal. En los casos de emergencia donde la situación amerite una intervención inmediata el médico podrá intervenir al paciente sin el consentimiento o asentimiento.
- **TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS:** es el proceso colaborativo entre el paciente, familiares, tutores y personal de salud, para tomar decisiones de manera conjunta; guiados a través de la evidencia científica disponible y los valores, metas y preferencias del paciente.
- **ACCESO E INGRESO DE UN MENOR DE EDAD SIN ACOMPAÑANTE:** Se debe evaluar al momento del ingreso su asistencia *sin acompañante* e indicar el **acompañamiento de una profesional de trabajo social, enfermería, o psicología**. Teniendo en

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACION EN SERVICIO DE SALUD MENTAL PEDIATRICA

Proceso: Gestión Hospitalaria

Código: FT-GH-052

cuenta el contexto de la asistencia a los servicios de salud y del tipo de acto asistencial, no pueden presentarse barreras para que **adolescentes** que asisten sin acompañantes a los servicios de salud reciban atención médica. Para el caso de adolescentes, se debe ofrecer y favorecer recibir el acompañamiento permanente de una profesional de trabajo social, enfermería, o psicología.

- **COMUNICACIÓN DEL RESULTADO A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Se debe explicar cómo se tuvieron en cuenta su opinión y decisión, buscando que puedan expresarse frente a la decisión, **como estar de acuerdo, declinar del proceso, insistir en la decisión o hacer otra propuesta.**
- **EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE LOS MENORES:** Para el caso de **mayores de 14 años**, la evaluación de las habilidades para la toma de decisiones puede ser realizada **según parámetros establecidos para mayores de edad.** Respecto a niñas, niños y adolescentes que han sido **discriminados o víctimas de diferentes formas de violencia**, el personal de salud deberá tener en cuenta este factor al momento de buscar la manifestación de la voluntad y toma de decisiones, y proporcionar el apoyo necesario para la emisión del consentimiento informado y su confidencialidad.
- **TOMA DE PRUEBAS:** Frente a casos de toma de pruebas de tamizaje para el diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH, solicitud de asesoría en anticoncepción, Interrupción Voluntaria del Embarazo, sospecha diagnóstica o diagnóstico confirmado de intersexualidad, y procesos de reafirmación de género, entre otros, se requiere del reconocimiento de los principios de autonomía progresiva y contextual, del interés superior del menor, en conjunto con desarrollo cognitivo, su desarrollo emocional, el entorno y la experiencia vital, sus valores y contexto cultural.
- Ante casos de **sospecha de violencia sexual a nivel intrafamiliar con sospecha de alguno de los**

tutores legales, se podrá realizar la prueba en el marco del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual **sin necesidad de consentimiento** de los representantes legales, la autoridad de protección podrá dar su consentimiento, de ser el caso.

- Por otra parte, de acuerdo con la autonomía progresiva y contextual y el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, los niños, niñas y adolescentes **menores de 14 años**, podrán requerir la solicitud de asesoría y prueba de VIH, así como emitir un consentimiento informado pediátrico.
- Los **mayores de 14 años** en general podrán requerir la solicitud de asesoría y prueba de VIH, así como emitir un consentimiento informado, si durante el proceso de información de la asesoría se identifica un adecuado conocimiento sobre la sexualidad, los derechos sexuales y derechos reproductivos e información sobre pautas de autocuidado.
- los resultados de la prueba de detección de VIH, **el estado serológico de niñas, niños y adolescentes es confidencial y no puede ser revelado a terceras personas, incluidos los representantes legales** en los casos donde, tras la evaluación de las habilidades para la toma de decisiones en salud, y la autonomía progresiva y contextual, este exprese que no desea que estos sean informados, pero procurando motivar la posibilidad de comunicación con la familia que permita y facilite la garantía del acceso a las atenciones en salud necesarias en caso de una prueba serológica positiva.
- Respecto al tratamiento de VIH, este **se efectuará teniendo en cuenta el asentimiento y consentimiento** de niñas, niños y adolescentes o de sus representantes legales (según sea el caso). En los casos de disenso o rechazo del tratamiento se deben explorar los motivos o razones que llevan al rechazo para avanzar en la toma de decisiones compartidas que permitan

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACION EN SERVICIO DE SALUD MENTAL PEDIATRICA

Proceso: Gestión Hospitalaria

Código: FT-GH-052

establecer un consenso para el cuidado centrado en el mejor interés del niño, niña o adolescente.

- Respecto de **representantes legales que se nieguen a garantizar el tratamiento**, la Institución Prestadora del Servicio de Salud, deberá coordinar con las autoridades de **protección y de restablecimiento de derechos**, para que en el marco del interés superior de niñas, niños y adolescentes se adopten las medidas que permitan proporcionarlo y garantizar su adherencia, y así salvaguardar su salud hacia el futuro.

REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA y documentación de la participación en la toma de decisiones.

El documento de **consentimiento informado** firmado por el **adolescente de 14 años**: documento con validez jurídica, donde se **registra el proceso de información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial, y la decisión de aceptación libre, voluntariedad, consciente del adolescente de 14 años.**

HABEAS DATA / PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

La Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 desarrollan el régimen de protección de datos personales.

Dando cumplimiento al artículo 10 del Decreto 1367 que reglamento la Ley 1581 de 2012, nos permitimos informarle que REDES MÉDICAS IPS aloja sus datos personales en una base de datos bajo estrictos estándares de responsabilidad protegiendo su información; esta información la empleamos para darle a conocer los productos y servicios que tiene a disposición nuestra empresa y que pueden resultar beneficiosas para usted.

REDES MÉDICAS IPS, manifiesta que protege sus datos personales, en virtud de lo dispuesto en la

normatividad vigente referente al habeas data. Igualmente, nos permitimos informarle, que usted por ministerio de la Ley tiene, los siguientes derechos: conocer, actualizar y rectificar sus datos personales

solicitar la eliminación de sus datos personales cuando usted así lo considere, mediante una comunicación escrita.

Autorizo SI ___ NO ___ a REDES MÉDICAS IPS a utilizar mis datos con los propósitos citados anteriormente.

- El documento de **consentimiento informado** podrá ser firmado por el **adolescente de 14 años sin la concurrencia de un adulto**, esto **según el riesgo del acto asistencial** y habiendo pasado la evaluación de las habilidades para la toma de decisiones en salud.
- El documento de **consentimiento sustituto** por quienes están en **ejercicio de patria potestad**: Documento con validez jurídica, **donde se registra el proceso de información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial, y la decisión de aceptación libre, voluntariedad, consciente de la aceptación del acto asistencial.**
- Registro del **consentimiento pediátrico**: Registro en la historia clínica del proceso de **información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial, y la decisión de aceptación libre, voluntariedad, consciente, y la expresión de consentimiento** del niño, niña o adolescente, **en adición a la referencia al consentimiento sustituto** por parte de quienes están en ejercicio de patria potestad si corresponde, según el tipo de acto asistencial.
- Registro del **asentimiento pediátrico**: Registro en la historia clínica de la **manifestación informada, libre, y voluntaria e informada que emiten niñas, niños, y adolescentes, de aceptar que se dé lugar un acto asistencial.** Del asentimiento informado no se requiere la firma de documentos adicionales.

Para Constancia se firma el presente documento a los

_____ días del mes de _____ del año _____

	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACION EN SERVICIO DE SALUD MENTAL PEDIATRICA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-052

Autorización del **Representante legal, ente o responsable** (cuando aplique) SI ____NO ____.

Autorización del **mayor de 14 años** (menor de edad) SI ____NO ____.

Firma paciente o representante:	Firma profesional de la salud:
Nombre	Nombre:
Documento:	Documento:

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	Proceso: Gestión Hospitalaria Código: FT-GH-055
--	--	--

Fecha, DIA / MES / AÑO

Yo _____, con tipo de identificación _____ N.º _____ de _____, en nombre propio y/o como representante legal o familiar de _____ Tipo y numero de documento _____ declaro lo siguiente:

En forma libre y espontánea declaro que el médico tratante de REDES MÉDICAS IPS., me ha informado, amplia y detalladamente, sobre los procedimientos e intervenciones de enfermería que se realizarán como parte de mi tratamiento en la Unidad de salud mental.

1. PROCEDIMIENTOS, RIESGOS Y CONSECUENCIAS:

Los actos y cuidados de enfermería comprenden todas las actividades y procedimientos que deben llevar a cabo tanto el personal profesional como auxiliar de enfermería de la Clínica Redes Médicas, durante la estancia hospitalaria y/o ambulatoria del paciente, ya que son fundamentales e imprescindibles dentro de su tratamiento. A continuación, se detallan los procedimientos más comunes realizados por el personal de enfermería durante el curso de la atención, junto con sus posibles riesgos asociados.

Toma de muestras biológicas: Este procedimiento consiste en la recolección de muestras de sangre, orina, heces u otras, mediante la inserción de una aguja o catéter en una vena o arteria para pruebas de laboratorio. Puede ocasionar molestias como dolor o ardor en el sitio de la punción, mareos, hematomas, equimosis (moretones), dificultad en la canalización de la vena. Los riesgos adicionales incluyen sangrado o la formación de trombos.

Las pruebas POCT (Point of Care Testing) son pruebas diagnósticas realizadas en el mismo lugar donde se encuentra el paciente, con el objetivo de obtener resultados rápidos que faciliten la toma de decisiones médicas oportunas. Estas pruebas pueden incluir, pero no se limitan a, pruebas de glucosa en sangre, (glucometría), pruebas rápidas para realización de pruebas POCT, hepatitis, sífilis, VIH y consumo de sustancias psicoactivas. Puede haber molestias menores en el sitio de la toma de la muestra (punción en el dedo, venopunción u otro método).

Canalización de una vía venosa por inserción periférica: Este procedimiento consiste en la inserción de un catéter en una vena para la administración de líquidos y medicamentos. Durante el proceso, puede presentarse dolor en el sitio de la punción, equimosis, hematomas, trombos, flebitis (inflamación de la vena) o infección en el sitio de inserción. Además, existen riesgos como el taponamiento de la vena y la aparición de flebitis mecánica.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-055

Administración de medicamentos: El equipo de enfermería se encargará de administrar los medicamentos o tratamientos indicados por los médicos tratantes a través de diversas vías: oral, intradérmica, subcutánea, intramuscular, endovenosa, rectal y tópica, según las dosis, frecuencias y vías prescritas. Es importante señalar que algunos medicamentos pueden causar molestias, reacciones alérgicas o efectos secundarios no previamente identificados, tanto debido a su composición como a la vía de administración. Se recomienda comunicar cualquier molestia o inquietud al personal médico y de enfermería para poder resolver cualquier duda o malestar que pueda surgir durante el tratamiento.

Administración y Monitoreo de oxígeno: En algunos pacientes puede ser necesario administrar oxígeno para mejorar la oxigenación sanguínea. Este procedimiento puede implicar el uso de una mascarilla, cánula nasal o respirador mecánico. Los riesgos asociados pueden incluir irritación nasal, sequedad en la boca, dolor o presión en las fosas nasales, y en casos raros, complicaciones respiratorias.

Toma de Electrocardiograma (ECG) o monitoreo cardíaco: El equipo de enfermería podrá realizar un electrocardiograma para evaluar la actividad eléctrica del corazón y monitorizar cualquier alteración cardíaca. Este procedimiento es no invasivo y generalmente seguro, pero puede generar molestias temporales en la piel o la sensación de cables adheridos al cuerpo.

2. INTERVENCIONES EN LOS MOMENTOS DEL CUIDADO:

El personal de enfermería realizará las siguientes intervenciones para mantener el bienestar y mejorar la recuperación:

Higiene, aseo y confort del paciente: Es el conjunto de medidas de limpieza encaminadas a proporcionar apoyo, bienestar físico y conservar la salud del paciente. Este procedimiento de cuidado puede generar cambio de temperatura ambiente, sensación de vulnerabilidad en el manejo de su cuerpo y lesiones de piel.

Valoración de signos vitales: Es la forma de determinar los valores normales o anormales del funcionamiento cardíaco, de la respiración y termorregulación (temperatura) del organismo humano, esta actividad se realiza periódicamente para controlar su evolución y por consiguiente implica el acceso del personal de enfermería a la habitación o cubículo del paciente y la utilización de equipos para su ejecución (termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, Pulsioxímetro, entre otros). Durante el procedimiento puede presentarse sensación de opresión en los brazos, por el aumento de tensión, fricción y rubor.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-055

Curación de catéteres periféricos: El procedimiento de curación consiste en la limpieza y protección del área alrededor del catéter para evitar infecciones y complicaciones como flebitis o extravasación. Se utilizarán apósitos estériles y técnicas apropiadas para minimizar el riesgo de contaminación. Durante la curación, se revisará el estado del sitio de inserción y se monitoreará cualquier signo de infección o irritación.

Curación de heridas y úlceras por presión (grado I y II): Las úlceras por presión de grado I (enrojecimiento no blanqueante de la piel) y grado II (pérdida parcial de la capa superficial de la piel, que puede formar una ampolla o úlcera superficial) requieren cuidados específicos. El personal de enfermería llevará a cabo el procedimiento de limpieza, (cuando sea necesario), y aplicación de apósitos adecuados para favorecer la cicatrización y evitar infecciones. Se realizará un seguimiento constante para evaluar la evolución de la herida.

3. INTERVENCIONES EN AGITACIÓN PSICOMOTORA

Se tratan de acciones que buscan contener las reacciones emocionales y físicas, que desencadenen en auto o hetero agresión y que se pueden presentar en momentos de crisis. Estos se realizan bajo criterio y orden del área médica: Los tipos de contenciones son:

- **Verbal:** Primero se realiza una escucha empática para favorecer la disminución de la intensidad de la reacción, así como implementación de primeros auxilios psicológicos.
- **Farmacológica:** aplicación de medicamentos indicados por área médica, lo cuales se orientan a que favorezcan la resolución de la agitación psicomotora.
- **Física:** abordaje consistente en la supresión de la posibilidad de movimiento de una parte o la totalidad móvil del organismo para proteger al paciente de hetero o auto agresividad. Es utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos. Se realiza con una técnica específica siguiendo un protocolo de seguridad. Puede tener riesgos como: sensación de vulnerabilidad del paciente, lesiones en piel y tejidos blandos producto de dificultad del abordaje.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-055

Marcar con (Si o No) en los espacios correspondientes como muestra de aceptación:

Por último, manifiesto que se me dio la oportunidad de hacer preguntas y las dudas han sido resueltas en su totalidad. _____

- Me ha sido informado por el equipo tratante de REDES MEDICAS SAS IPS la información relacionada con Horarios de visita, recomendaciones y prohibiciones durante la visita, se me ha entregado el **formato de información a pacientes y familiares**. _____
- **(Si o No) _____ autorizo** al equipo de enfermería de la institución, a realizar el tratamiento, si en el momento del tratamiento surgiera alguna complicación o imprevisto, podrán realizar todos los procedimientos adicionales que puedan requerirse en el momento de su ejecución con el fin de establecer mi salud por medio del ejercicio legal de su profesión y con el apoyo de otro profesional o auxiliar de la salud, si se requiere.
- **(Si o No) _____ autorizo** al equipo de enfermería de la institución a realizar el tratamiento explicado previamente y me hago responsable de las posibles consecuencias que esto pueda traer a mi salud o a la de mi familiar.
- **(Si o No) _____** Autorizo a **REDES MEDICAS SAS IPS** a realizar exámenes, tomas de muestras, procedimientos y en general a intervenir medicamente cuando existe riesgo para los funcionarios involucrados en la atención, siempre bajo solicitud expresa de la entidad externa facultada para solicitar dicha información como puede ser la ARL y en consecuencia, autorizo a **REDES MEDICAS SAS IPS** a remitir resultados y datos sujetos a reserva de la atención brindada a dicha entidad de salud o de gestión de riesgos como aseguradoras.

Firma paciente o representante:	Firma profesional de la salud:
Nombre	Nombre:
Documento:	Documento:



INFORMACIÓN A FAMILIARES Y O ACOMPAÑANTES LIQUIDACION COPAGOS HOSPITALIZACION

Proceso: Gestión Financiera

Código: FT- GF-093

Para el egreso del paciente, tenga en cuenta la siguiente información:

Deberá cancelar el valor del copago y/o cuota moderadora por la hospitalización, el cual será liquidado a su salida de la institución.

El valor por pagar se calculará teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado, de conformidad con lo establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante acuerdo 260 de 2004 y demás normas que lo aclaran y modifiquen:

Copagos Régimen Contributivo	Estrato	Tope en un mismo evento		Tope máximo al año	
		Tope máximo en %	Tope máximo en pesos	Tope máximo en %	Tope máximo en pesos
	Menor a 2 SMLMV	11,50%	\$ 356.549	57,50%	\$ 643.717
	Entre 2 y 5 SMLMV	17,30%	\$ 1.428.678	230,00%	\$ 2.574.868
	Mayor a 5 SMLMV	23,00%	\$ 2.857.356	460,00%	\$ 5.149.736

Copagos Régimen Subsidiado	Nivel de Sisbén	% del total de la cuenta	Tope en un mismo evento		Tope máximo al año	
			% máximo en relación al salario mínimo	Valor	Tope máximo en %	Tope máximo en pesos
	1	0%	No aplica		No aplica	
	2	10%	50%	\$ 621.164	100%	\$ 1.242.329

Recibe información a conformidad

Nombres y apellidos Numero de documento

PAGARÉ N° _____

VALOR: _____ **PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$ _____)**

CIUDAD: _____

FECHA DE EMISIÓN Y CREACIÓN: _____

PAGO SE REALIZARÁ: _____

DEUDOR: _____

ACREEDOR: _____

YO _____, mayor de edad, domiciliado (a) en _____, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía Número _____ de _____, actuando en calidad de Representante legal de la sociedad _____ compañía domiciliada en _____, con número de identificación tributaria (NIT.) _____ y matrícula mercantil _____, suscribo el presente PAGARE N° __, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO: Que por virtud del presente título valor pagaré incondicionalmente a la orden de la sociedad _____ **S.A.S. con NIT** _____ - **ó** a quien represente sus derechos, la suma de _____ **PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$ _____)**, junto con los intereses señalados en la cláusula tercera de este documento.

CLÁUSULA SEGUNDA. PLAZO: Que pagare la suma indicada en la cláusula anterior en la oficina de _____ SAS, ubicada en la _____ de Bogotá o donde la mencionada sociedad indique en un (1) solo contado, el día _____ () de _____ de _____ dos mil _____ ().

CLÁUSULA TERCERA: INTERESES: Que sobre la suma debida se reconoceré intereses equivalentes ____% mensual sobre el saldo de capital insoluto, los cuales se liquidarán y pagarán mes vencido, junto con la cuota mensual correspondiente al mes de causación. En caso de mora reconoceré intereses moratorios _____ por ciento (____%) mensual.

PARÁGRAFO: En el caso de que la tasa de interés corriente y/o moratorio pactado sobrepase los topes máximos permitidos por las disposiciones comerciales, dichas tasa se ajustara mensualmente a los máximos legales.

CLAUSULA CUARTA: CLAUSULA ACELERATORIA: EL ACREEDOR podrá declarar insubsistentes los plazos de esta obligación o de las cuotas pendientes de pago, estén o no vencidas y exigir el pago total e inmediato judicial o extrajudicialmente en los siguientes casos:

- a) Cuando el deudor incumpla cualquiera de las obligaciones derivadas del presente documento, así sea de manera parcial.
- b) Cuando el Deudor se declare en proceso de liquidación obligatoria, liquidación voluntaria o convoque a concurso de acreedores, insolvencia empresarial o similares.

CLAUSULA QUINTA. IMPUESTO DE TIMBRE: Los gastos originados por concepto de impuestos de timbre correrán por cuenta del DEUDOR.

EL DEUDOR

Representante Legal

NIT

Dirección

Teléfono

CARTA DE INSTRUCCIONES

YO _____, mayor de edad, domiciliado (a) en _____, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía Número _____ de _____, actuando en calidad de Representante legal de la sociedad _____ compañía domiciliada en _____, con número de identificación tributaria (NIT.) _____ y matrícula mercantil _____, **AUTORIZO** a la sociedad _____ **S.A.S.** compañía domiciliada en Bogotá D.C., con número de identificación tributaria (NIT.) _____, **o** a quien represente sus derechos para que haciendo uso de las facultades conferidas en el artículo 622 del Código de Comercio llene los espacios que se han dejado en Blanco en el Pagare N° _____ adjunto, para lo cual deberá ceñirse a las siguientes instrucciones:

1. El monto será igual al valor de todas las obligaciones exigibles a mi cargo y a favor de la sociedad _____ **S.A.S.** compañía domiciliada en Bogotá D.C., con número de identificación tributaria (NIT.) _____ **o** a quien represente sus derechos.
2. Los espacios en blanco se llenarán cuando ocurra una cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - 2.1 En cualquier momento por el valor de la totalidad de las obligaciones que existan a mi cargo y a favor de la sociedad _____ **S.A.S.** compañía domiciliada en Bogotá D.C., con número de identificación tributaria (NIT.) _____.
 - 2.2. Cuando el DEUDOR se encuentre en uno o más de los siguientes eventos:
 - a) Disolución, se declare en proceso de liquidación obligatoria, liquidación voluntaria o liquidación administrativa.; b) Sea demandado; c) Sea embargado uno o más de sus bienes; d) Haya solicitado su admisión o sea admitido a cualquier proceso concursal o insolvencia empresarial o similares; e) Cuando ocurran circunstancias que a juicio de _____ **S.A.S.** causen o puedan causar detrimento en el patrimonio del deudor.
 - 2.3 La fecha será aquella en que se llene los espacios en blanco.
3. Igualmente _____ **S.A.S.** **o** quien represente sus derechos, podrá hacer uso de esta autorización y llenar los espacios que se han dejado en blanco, sin aviso previo, cuando _____ en calidad de Deudor incurra en mora sobre una cualquiera de las obligaciones de pago contraídas con _____ **S.A.S.** **o** quien represente sus derechos, en forma individual o conjunta ya sea directa o indirectamente por cualquier concepto.

Firmado a los _____ () días del mes de _____ de dos mil veintidós (2025) en la ciudad de Bogotá D.C.

EL DEUDOR

Representante Legal

NIT _____

Dirección _____

Teléfono _____