

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 notif3quelo 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 notif3quelo 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 chanclas playeras. preferiblemente use sandalias de ducha antideslizantes Se sugiere que el calzado sea cerrado, de suela plana y sin tac3n, para prevenir riesgos de ca3das.

INFORMACIÓN A FAMILIARES Y O ACOMPAÑANTES UNIDAD DE SALUD MENTAL ADULTOS

Proceso: Gestión Hospitalaria

Código: FT-GH-064

- **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: 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, Si nota algún riesgo de caída o dificultad de movilidad en el paciente, infórmelo de inmediato al personal.

Los pacientes de la unidad de hospitalización parcial recibirán visitas siempre y cuando, estas sean avaladas por el profesional tratante.

2. HORARIOS Y DISTRIBUCIÓN DE VISITAS:

PISO	HABITACIONES	DIA DE VISITA	HORARIO
Piso 3 – Hombres	302,303,304,305,306,307,308,309	LUNES	09:00 AM A 11:00 AM
	310, 311, 312, 313, 314, 315, 316,317		14:00 PM A 16:00 PM
Piso 4 – Hombres	402,403,404,405,406,407,408,409	MARTES	09:00 AM A 11:00 AM
	410, 411, 412, 413, 414, 415, 416,417		14:00 PM A 16:00 PM
Piso 5 - Mujeres	502,503,504,505, 506, 507, 508,509	JUEVES	09:00 AM A 11:00 AM
	510, 511, 512, 513, 514, 515, 516,517		14:00 PM A 16:00 PM
Piso 6 - Mujeres	602,603,604,605, 606, 607, 608,609	MIERCOLES	09:00 AM A 11:00 AM
	610, 611, 612, 613, 614, 615, 616,617		14:00 PM A 16:00 PM
Unidad de hospitalización parcial (agudos)	DIA DE VISITA	ENTREGA DE ROPA	
	Prevía autorización de parte del médico tratante	DIA	HORARIO
		MIERCOLES	14:00 PM A 3:00 PM.

NOTA: El horario de visitas está definido para garantizar el bienestar de todos nuestros pacientes. Les recomendamos llegar a la institución a la hora establecida o dentro de los primeros 30 minutos de inicio de la visita. Después de este tiempo, no será posible el ingreso

3. ENTREGA DE ROPA Y LAS PERTENENCIAS:

La recepción y entrega de pertenencias se realizará única y exclusivamente los días establecidos, en el siguiente horario:

PISO	HABITACIONES	DIA DE VISITA	HORARIO
Piso 3 – Hombres	302,303,304,305,306,307,308,309	LUNES	8:00 AM A 09:00 AM
	310, 311, 312, 313, 314, 315, 316,317		1:00 PM A 2:00 PM
Piso 4 – Hombres	402,403,404,405,406,407,408,409	MARTES	8:00 AM A 09:00 AM
	410, 411, 412, 413, 414, 415, 416,417		1:00 PM A 2:00 PM
Piso 5 - Mujeres	502,503,504,505, 506, 507, 508,509	JUEVES	8:00 AM A 09:00 AM
	510, 511, 512, 513, 514, 515, 516,517		1:00 PM A 2:00 PM
Piso 6 - Mujeres	602,603,604,605, 606, 607, 608,609	MIERCOLES	8:00 AM A 09:00 AM
	610, 611, 612, 613, 614, 615, 616,617		1:00 PM A 2:00 PM

- Para los ingresos nuevos, la recepción de pertenencias se realizará al siguiente día en horario de 9:30 am a 11:00 am o el mismo día del ingreso entre las 5:00 pm a 6:00 pm.
- 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.
- Para la entrega de pertenencias solo se permitirá el ingreso de una persona a la Institución

NOTA: El horario para la entrega de pertenencias está establecido para facilitar la organización del servicio. Les recomendamos llegar puntualmente, ya que después del horario indicado no será posible el ingreso ni la recepción de pertenencias.

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.



INFORMACIÓN A FAMILIARES Y O ACOMPAÑANTES UNIDAD DE SALUD MENTAL ADULTOS

Proceso: Gestión Hospitalaria

Código: FT-GH-064

Útiles de aseo personal:

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

4. LLAMADAS TELEFÓNICAS

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:

- **Sábado:** Servicios de 5° y 6° piso – 09:00 a.m.
- **Domingo:** Servicio de 3°, 4° piso y Hospitalización parcial – 09:00 a.m.

Las llamadas entrantes para la comunicación entre familiares y pacientes se realizarán a través de la línea 601-9160076, teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

- **Habitaciones pares:** 4:00 p.m. a 5:00 p.m.
- **Habitaciones impares:** 5:00 p.m. a 6:00 p.m.

Opciones del conmutador:

Marque 1 para compensar

Después elija la opción según corresponda

- Hospitalización parcial: marque 1
- Hospitalización caballeros: marque 2
- Hospitalización mujeres: marque 3
- Deshabitación: marque 4



INFORMACIÓN A FAMILIARES Y O ACOMPAÑANTES UNIDAD DE SALUD MENTAL ADULTOS

Proceso: Gestión Hospitalaria

Código: FT-GH-064

Marque 2 para sanitas

Después elija la opción según corresponda

- Hospitalización parcial: marque 1
- Hospitalización caballeros: marque 2

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.

5. INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

Contacto telefónico

Con el fin de mantener informada a la familia sobre el estado del paciente, los diferentes equipos realizarán contacto de la siguiente manera:

- **Equipo de enfermería:** Se comunicará a partir del segundo día de ingreso del paciente para brindar información sobre su adaptación y evolución en las actividades básicas diarias.
- **Equipo psicosocial:** Realizará contacto telefónico dentro de los primeros tres días hábiles posteriores al ingreso, con el fin de informar los avances en el proceso terapéutico.
- **Equipo médico:** Psiquiatría: Brindará información sobre el estado de salud, evolución y orientación (psicoeducación) durante los días de visita asignados a cada piso o en el transcurso de la semana.
- **Médico hospitalario:** Establecerá contacto telefónico durante los fines de semana para informar el estado general del paciente.

6. DERECHOS Y DEBERES UN COMPROMISO CON EL BIENESTAR Y DIGNIDAD DE NUESTROS PACIENTES

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



INFORMACIÓN A FAMILIARES Y O ACOMPAÑANTES UNIDAD DE SALUD MENTAL ADULTOS

Proceso: Gestión Hospitalaria

Código: FT-GH-064

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.

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 de la salud:
Nombre completo:	Nombre completo
Documento:	Documento:



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL ADULTO

Proceso: Gestión Hospitalaria

Código: FT-GH-051

Nombres y Apellidos del Paciente: _____

Documento de Identidad N.º: _____

Yo _____, identificado con CC _____
actuando en nombre propio o en representación del paciente en mención, declaro que el profesional
_____ me ha informado de manera amplia, clara y suficiente
en qué consiste y cómo se realiza el procedimiento _____, así como el objetivo
de este.

He sido informado que muchas de las acciones desarrolladas por el equipo médico y psicosocial para mi atención, tales como la hospitalización, la administración de medicamentos, intervenciones ante agitación psicomotora (verbal, farmacológica o física), hacen parte del tratamiento y son autorizadas por los acudientes o persona responsable cuando mi estado mental, como paciente, implique incapacidad para aceptar o rechazar las intervenciones terapéuticas. En algunas ocasiones, tales decisiones deberán tomarse con tal rapidez que no será posible obtener consentimiento adicional al presente por parte del paciente o de los acudientes y en este caso, serán informados posteriormente.

He sido informado de que con el uso adecuado de los medicamentos psiquiátricos pueden presentarse efectos adversos, entre los cuales son comunes: temblor y otros movimientos anormales, somnolencia, habla enredada, dificultad para la marcha y alteraciones del equilibrio, rigidez y contracciones musculares, molestias gastrointestinales, trastornos de memoria, visión borrosa, sequedad de boca, hipotensión ortostática, cefalea y alteraciones en las células de la sangre. Estos efectos adversos y otros que pueden presentarse menos comúnmente son en gran parte impredecibles. En caso de presentarse informaré, de manera oportuna, al médico tratante de su presencia para que pueda realizar el manejo adecuado en cada caso.

Conozco y acepto los riesgos inherentes a la actividad médica, por lo que de manera expresa autorizo a los médicos tratantes para que realicen diagnósticos, tratamientos médicos, farmacológicos, dietas alimenticias, intervenciones ante agitación psicomotora (verbal, farmacológica o física) y todos los demás necesarios que puedan derivarse en pro de mi salud.

Así mismo he sido informado si hay alternativas de tratamiento diferente a la hospitalización, como por ejemplo el tratamiento por hospital día o que no hay otra alternativa para el caso. Entiendo que entre los riesgos por no

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL ADULTO	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-051

aceptar el tratamiento se encuentran: intento suicida, autoagresión, agresión a terceros, daños a terceros, agudización de la patología y la falta de un seguimiento a mi condición médica.

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 al procedimiento interno.

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 funcionarios involucrados en la atención, siempre bajo solicitud expresa de la entidad externa facultada para solicitar dicha información como puede ser la ARL. 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.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En caso de que, por algún motivo, como interconsultas o informes solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la Doctor que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se realice el tratamiento, y para que conste firmo el presente:

MANIFIESTO QUE HE LEÍDO EN SU TOTALIDAD EL PRESENTE DOCUMENTO Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PRECEDENTES HAN SIDO DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL ADULTO	Proceso: Gestión Hospitalaria
		Código: FT-GH-051

El presente documento se firma en _____ el día _____ del mes _____, de 202_____ a las _____

Nombre o firma de la persona que otorga el
consentimiento
C.C. No.

Nombre o firma del Profesional

RM No.

Testigo 1
C.C. No.

NO CONSENTIMIENTO

Mediante la suscripción del presente documento y en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto mi decisión libre, consciente, espontánea y voluntaria de rechazar el proceso indicado por el equipo asistencial de REDES MEDICAS SAS IPS.

Así mismo, informo y entiendo que esta decisión es libre y autónoma, la cual va en contra de la recomendación del equipo asistencial, por tanto, se exime de responsabilidad tanto a los profesionales que me han atendido, como a REDES MEDICAS SAS IPS de todas aquellas complicaciones, riesgos y consecuencias que se pueden presentar con el paciente las cuales me fueron explicadas y como consta en el presente documento.

El presente documento se firma en _____ el día _____, de 202_____ a las _____

Nombre o firma del paciente que NO otorga el consentimiento
C.C. No.

Nombre o firma del familiar o representante que NO otorga el consentimiento
C.C. No.

Testigo. Nombre _____ Firma _____

	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:

	Estrato	Tope en un mismo evento		Tope máximo al año	
		Tope máximo en %	Tope máximo en pesos	Tope máximo en %	Tope máximo en pesos
Copagos Régimen Contributivo	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

	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
Copagos Régimen Subsidiado	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.) _____, **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.) _____ **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.** **a** 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.** **a** 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