I D E N T I F I C A C I O N : **Historia clínica: 1024559720**

Fecha 3/12/2025 1:35:45 p. m. **Paciente** INYIRA PAOLA AMORTEGUI CRUZ **Sexo** Femenino **Etnia** N/A

Fecha Nicimiento: 11/12/1994 **Edad** 30 Años / 11 Meses / 24 Días **Unidad:** CENTRO DE SALUD EL PORVENIR

Cédula_Ciudadanía **Nro** 1024559720 Subred Suroccidente **Servicio** CONSULTA EXTERNA. Credo: CRISTIANA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, capítulos: I, II,III, Terapia Respiratoria ley 1240 de 2008 Título I, Bacteriología Ley 841 de 2003 Título I, IV, Enfermería Ley 266 /1996 para el ejercicio de la Enfermería. Ley 911/2004 Código de ética, Capítulo I y IV de la norma sobre manejo de la historia clínica Resolución 1995 de 1999, de la norma sobre archivo de documentos Circular Nº 2 de 197 (Archivo general de la Nación) y de la norma que define y reglamento del uso de datos Ley 527 de 1999.
Resolución 13437 de 1991 donde se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes o las normas que las modifiquen adicionen o sustituyan y demás normas concordantes.

Se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Artículo 15, 16), por lo tanto:

I N F O R M A C I Ó N

Yo mayor de edad, identificado(a) con Cédula_Ciudadanía

1024559720 actuando en mi propio nombre o en mi calidad de

del paciente INYIRA PAOLA AMORTEGUI CRUZ con documento de identidad 1024559720

con domicilio en CALLE 56 A SUR # 87A-15

hago constar en forma expresa que AUTORIZO al equipo de salud de la Subred Suroccidente para que me realice o le realicen a mi acudido

N/A

el (los) procedimiento(s), señalado(s)

PROCEDIMIENTOS

☐ VENOPUNCIÓN	☐ SUTURAS	☐ PASO DE SONDA	☐ INMOVILIZACIONES
☑ ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	☐ ASISTENCIA CIRCULATORIA	☐ ASISTENCIA RESPIRATORIA	☐ OTROS

Posibles complicaciones ALERGIA, ANAFILAXIA, HEMATOMA, DOLOR , HOSPITALIZACION Y FALLECIMIENTO.

El diagnóstico o la probabilidad diagnóstica que lo justifica es SIFILIS GE

También he sido informado (a) de mi pronóstico en caso de aceptar o no la intervención.

Por lo expuesto, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos explicados, en consecuencia:

(Manifiesto que no se leer. Certifico que se me ha leído el contenido del presente documento, en presencia de mi acudiente quien es alfabeta, quien firmará a ruego el presente, junto a la huella de mi índice derecho)

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E implementa programas para detectar, prevenir y reducir los riesgos de adquirir enfermedades asociadas a la prestación de servicios de salud.

ACEPTACIÓN

Autorizo al personal de enfermería de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E a realizar los procedimientos que sean necesarios para la recuperación de mi estado de Salud, durante mi Estancia en los Servicios de Hospitalización y Urgencias

CONSENTIMIENTO O DISENTIMIENTO

Doy constancia de que se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, cada uno de los puntos anteriores, además se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. Entiendo que, aunque el desenlace no puede garantizarse, el equipo de salud se compromete a poner todo su saber, experiencia y criterio, sumado a la tecnología disponible en la institución para obtener el mejor de los resultados.

Expuesto lo anterior ☑ CONSIENTO ☐ NO CONSIENTO la realización del procedimiento indicado

Expuesto lo anterior ☐ CONSIENTO ☐ NO CONSIENTO que el presente estudio sea usados con fines académicos e investigativos en las condiciones en que me fueron explicadas.



INYIRA PAOLA AMORTEGUI CRUZ
Nro. Documento 1024559720
Nombre y/o firma del paciente



INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES
MEDICINA GENERAL. 1018429103
PROFESIONAL DE SALUD Hago constar que el paciente entendió las explicaciones y resolvió las dudas respecto de su procedimiento

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Documento con propiedad intelectual, para uso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Puede utilizarse total o parcialmente mencionando la fuente.

Nombre y/o firma del REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para firma del Representante Legal de Paciente con edad entre 12 a 18 años

USO DE HUELLA DACTILAR POR ANALFABETISMO O INVIDENCIA: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Huella

NOTA: Para revocación del presente consentimiento diligenciar el documento Revocatoria del Consentimiento Informado, código 07-00-FO-0091. Para aclaración sobre la representación legal diligenciar el documento Autorización para Representación Legal, código 07-00-FO-0090

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Documento con propiedad intelectual, para uso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Puede utilizarse total o parcialmente mencionando la fuente.