

HOSPITALIZACIÓN

1.- ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL HOSPITAL PSIQUIATRICO " LORENZO PONCE "

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL AREA DE HOSPITALIZACION

SALA:

MES:

VISITAS A PACIENTES CON EL MEDICO.....

ENTREVISTAS

POR ORIENTACION.....

POR INFORMACION.....

TERAPIA DE APOYO.....

INVESTIGACION Y TRATAMIENTO DE CASOS

VISITAS DOMICILIARIAS.....

GESTIONES

GESTIONES INSTITUCIONALES.....

GESTIONES EXTRA INSTITUCIONALES.....

TRANSFERENCIAS A HOSPITALES

POR HOSPITALIZACION.....

POR INTERCONSULTA.....

INFORMES

INFORMES SOCIO-ECONOMICOS.....

INFORMES SOCIALES.....

INFORMES PARTICIPACION EN STAFF.....

PROVISION DE RECURSOS

PROVISION MEDICINA.....

PROVISION MATERIAL ORTOPEDICO.....

PROVISION PINTAS DE SANGRE.....

CORRESPONDENCIA

TELEGRAMAS.....

COMUNICADOS.....

PACIENTES CON ALTA MEDICA.....

TRAMITES DE DEFUNCION.....

INGRESOS.....

PACIENTES CON ALTA.....

PACIENTES CON PERMISOS.....

CONTRIBUYENTES.....

2.- AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS HOJA 1

Junta de Beneficencia de Guayaquil Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" Guayaquil – Ecuador

AUTORIZACION DE TRATAMIENTOS Y EXENCION DE RESPONSABILIDAD

El suscrito _____ con cédula de ciudadanía No _____ representante del paciente _____ de _____ años de edad, residente en _____ ingresado en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil, **AUTORIZO** al personal médico a cargo del tratamiento de mi representado para que administren todas las medidas terapéuticas que consideren necesarias para su recuperación, incluyendo el uso de agentes antipsicóticos por vía parenteral (intramuscular o intravenosa), así como el uso de otras modalidades terapéuticas como la terapia electroconvulsiva (TEC) en caso de que hubieren las indicaciones clínicas pertinentes. Estos tratamientos podrán ser administrados en primera o segunda intención de acuerdo a las características clínicas del trastorno mental de mi representado y a la respuesta a los tratamientos iniciales.

Estoy consciente que todos los medicamentos y medidas terapéuticas en medicina en general son susceptibles de causar efectos secundarios y que en ocasiones, estos pueden presentarse como reacciones adversas imposibles de predecir, por lo que mi representado podría presentar alguno de estos efectos indeseables a pesar de todos los cuidados prodigados por el equipo terapéutico a su cargo, lo que me ha sido explicado por el médico que realiza la admisión. Estoy consciente además que tengo derecho a objetar dichos tratamientos o retirar en cualquier momento mi autorización sin que el hecho menude en algo nuestro derecho a que se le brinde el mejor tratamiento alternativo disponible a mi representado. Estoy consciente de igual manera que podría no haber una respuesta terapéutica adecuada a los tratamientos alternativos y/o que mi enfermedad demore mucho más tiempo en responder.

Por este motivo, por este medio **EXONERO DE TODA RESPONSABILIDAD** al personal médico y paramédico de mi representado ante cualquier efecto adverso o complicaciones indeseables e impredecibles que pudiesen ocurrir como consecuencia de los tratamientos administrados.

Firma del Paciente o Representante

Firma de la Trabajadora Social

Firma del Médico:

Hecho en Guayaquil, el ___ de ___ del 200__

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS HOJA 2

Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" Unidad de Terapia Electroconvulsiva Hoja de Información

La presente hoja de información pretende responder a algunas de las preguntas que usted podría tener con respecto a esta forma de tratamiento. No dude en hacer preguntas e incluso a repreguntar.

El ECT es un tratamiento muy eficaz para ciertos trastornos psiquiátricos. Se lo usa habitualmente para tratar los episodios depresivos graves que no responden al tratamiento médico convencional con drogas antidepresivas, o para los pacientes que no toleran los efectos colaterales causados por los mismos. El TEC es el mejor tratamiento antidepresivo y el que menores efectos secundarios provoca. Además, actúa muy rápido en el alivio de esta enfermedad. El ECT se usa también exitosamente en el tratamiento de episodios maníacos, en los trastornos catatónicos, brotes psicóticos agudos, ciertos trastornos neuropsiquiátricos entre otros. Este tipo de tratamiento es especialmente eficaz en los trastornos arriba mencionados y en general, cuando los pacientes con los trastornos antes mencionados se muestran resistentes a la terapéutica farmacológica, responden bien cuando se usa TEC.

Una sesión típica de ECT consiste en la aplicación de un estímulo eléctrico de baja intensidad y de muy corta duración (1 a 4 segundos) a nivel de las sienes, lo que ocasiona una fuerte activación de la actividad bioquímica cerebral, lo que ocasiona también, secundariamente, una convulsión muscular generalizada. Sin embargo, esta convulsión es un epifenómeno innecesario, por lo que en general, se trata de bloquear su expresión con relajantes musculares, lo que reduce también el riesgo de complicaciones. Lo esencial en el tratamiento es la notable activación de la actividad bioeléctrica y bioquímica cerebral.

La aplicación de estos relajantes musculares pueden provocar en el paciente una sensación desagradable al sentirse algo paralizados y con dificultades en la respiración, por lo que se induce un estado hipnótico breve (se duerme al paciente). El tratamiento en sí es completamente indoloro.

Este tratamiento tiene como todos los otros tratamientos en medicina, ciertos efectos colaterales indeseables, que en general son bien tolerados por los pacientes. Uno de los más frecuentes es la aparición de dificultades para aprender nueva información durante el período del tratamiento. El paciente podría olvidar temporalmente nombres de amigos, fechas, números de teléfono, etc. Esta amnesia anterógrada es transitoria, y en general desaparece dentro de los tres meses luego de finalizado el tratamiento. También pueden ocurrir episodios confesionales durante el curso del tratamiento, los cuales se resuelven espontáneamente o con medidas de sostén y/o aumentando el intervalo de tiempo entre los tratamientos.

El TEC es uno de los procedimientos administrados bajo anestesia general más seguros en medicina. El riesgo de muerte o de lesiones graves es leve, aproximadamente de 1 en 50.000 tratamientos. Rara vez han ocurrido muertes, y en estos casos ha sido debida a problemas cardiovasculares, por lo que siempre debe hacerse una valoración cardiológica antes de iniciar el tratamiento.

A pesar de que el TEC es un excelente recurso terapéutico y de que su médico se lo ha propuesto porque en el caso suyo (o de su familiar) ofrece las mejores posibilidades de éxito terapéutico, Usted puede negarse a la aplicación de dichos tratamientos o retirar su consentimiento en cualquier momento sin que el hacerlo afecte su derecho a recibir el mejor tratamiento alternativo disponible.

Si Usted decide no aceptar el TEC a pesar de la recomendación de su médico, la duración y severidad de su enfermedad podría resultar mayor que lo que hubiese podido ser en caso de haberlo aceptado. El tratamiento alternativo, la farmacoterapia, no está exento de riesgos y complicaciones, y este tipo de tratamiento no es necesariamente más seguro que el TEC.

Firma del Médico

Firma del Paciente ó Representante

Fecha:

3.- CONTROL DE INCRETAS Y EXCRETAS

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL PSIQUIATRICO LORENZO PONCE

CONTROL DE INCRETAS Y EXCRETAS

| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombres | | | No. de Historia Clínica | | Fecha | |
|--------------------|-------------------------|------------------|-------------|-----------------------|---------|--|-------------------------|--|----------|---------|
| HORA | INGRESO (en ml) | | | | | ELIMINACION (medida o calculada en ml) | | | | |
| | Por la boca o por Sonda | | Parenteral | | Suntado | Sudoración (*) | ORINA | Otras (Heces, Vómitos, drenajes, etc.) | | PERDIDA |
| | TIPO | Cantidad | Composición | Cantidad | Total | | | TIPO | Cantidad | TOTAL |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| PERDIDA INSENSIBLE | | AGUA | | SODIO Na ⁺ | | Cloro CL | | INCRETAS _____ | | |
| (*) Temperatura | 37°C | 500 - 1.000 ml | | 0 | | 0 | | EXCRETAS _____ | | |
| Temperatura | 38°C - 39°C | 1.000 - 1.500 ml | | 25 - 50 meq/L | | 15 - 35 meq/L | | TOTAL = _____ | | |
| Temperatura | 39°C - 40°C | 1.500 - 2.000 ml | | 25 - 50 meq/L | | 15 - 35 meq/L | | | | |

4.- CONTROL HORARIO DE CONSTANTES VITALES



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL PSIQUIATRICO "LORENZO PONCE"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
Guayaquil - Ecuador

CONTROL HORARIO DE CONSTANTES VITALES

| | | | |
|----------|-------|-------|--------|
| Nombres: | Area: | Cama: | HC N°: |
|----------|-------|-------|--------|

| FECHA: | HORA: | Presión Arterial: | Pulso | Respiración | Temperatura | OBSERVACIONES: | RESPONSIBLE: |
|--------|-------|-------------------|-------|-------------|-------------|----------------|--------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

5.- MEMO SOLICITUD AMBULANCIA

MEMORANDUM

FECHA:

DE:

PARA:

ASUNTO:

GUAYAQUIL-ECUADOR

H
O
S
P
I
T
A
L

L
O
R
E
N
Z
O

P
D
N
C
E

De mis consideraciones:

Agradeceré a usted, se sirva autorizar a quien corresponda el SERVICIO DE AMBULANCIA en forma gratuita, para que sea trasladado el (la):

PACIENTE: _____

SALA: _____ CAMA: _____

LUGAR: _____

FECHA: _____

Atentamente,

6.- HOJA DE EVOLUCIÓN

Junta de Beneficencia de Guayaquil
HOSPITAL PSIQUIATRICO
"LORENZO PONCE"

EVOLUCION

7.- HOJA DE HISTORIA CLINICA DE INTERCONSULTA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL: HOSPITAL PSIQUIATRICO " LORENZO PONCE "

| | | | |
|---------------------|------------------|---------|------------------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | N° Hist. Clínica |
| Fecha de Nacimiento | | | Servicio |
| DÍA | Mes | Año | Sala |

Diagnóstico Presuntivo:

Diagnóstico Definitivo:

Resumen de Historia y Hallazgos Especiales Examen Físico:

Hallazgos de Laboratorio, Rayos X e Interconsultas:

Evolución (Complicaciones si las hubo)

Tratamiento:

Motivo de la Interconsulta:

Fecha.....

Firma y Nombre del Médico

8.- HOJA DE FICHA DE RESPONSABILIDAD

Junta de Beneficencia de Guayaquil
Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce"
Guayaquil – Ecuador

Ficha de Responsabilidad Familiar

El suscrito con CI No representante legal del paciente nacido en el solicitó el ingreso de mi representado al Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce por presentar alteraciones mentales.

Comprendo que el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce es una Institución Hospitalaria y no un asilo, por lo que su tiempo de permanencia en esta Institución estará de acuerdo con el estado clínico-mental del paciente, el que necesariamente deberá regresar a su núcleo familiar en el menor tiempo posible.

Por este motivo, *me comprometo a estar pendiente de su evolución en el Hospital, lo que implica acercarme con regularidad a la sala en la que está hospitalizado, así como a acudir a la misma en el momento en que mi presencia sea requerida* por el personal médico, paramédico o administrativo de la institución.

Entiendo que mi falta de interés en la evolución clínica de mi representado y en particular, *el no presentarme en el momento en que los médicos que lo atienden le hayan dado de alta, implica una grave falta para con la Institución e induce que sea declarado en abandono familiar*, lo que permitirá al personal técnico a *autorizar al paciente a regresar a su domicilio por sus propios medios*, quedando perfectamente claro que tanto la Institución Hospitalaria como su personal técnico y administrativo deslindan cualquier responsabilidad por los eventos que pudiesen ocurrir al paciente una vez que éste haya abandonado el Hospital. Comprendo que el abandono familiar constituye un *precedente negativo* que será tenido en consideración por el personal técnico - administrativo del Hospital en el caso de recaídas posteriores que requieran de cuidados hospitalarios, lo que obligará a la institución a exigir las garantías necesarias antes de autorizar su ingreso).

Estoy consciente que en la recuperación de mi representado y en el mantenimiento de su salud mental no influye sólo el tratamiento médico hospitalario o ambulatorio, sino los cuidados adecuados otorgados por nosotros su familia en nuestro hogar, que incluyen un trato respetuoso y cariñoso, la administración adecuada de los medicamentos prescritos, así como el presentarse puntualmente a las citas para sus consultas ambulatorias.

Por medio de la presente me comprometo a hacer todo lo necesario para coadyuvar en la recuperación de mi representado y estoy consciente que el incumplimiento de mis obligaciones para con el mismo y con la Institución, en especial su abandono, permite al Hospital tomar las medidas necesarias para que el paciente retorne a su domicilio por sus propios medios, deslindando responsabilidad con respecto a eventos que pudiesen afectar al paciente fuera del Hospital, y merma las probabilidades de que en el futuro pueda beneficiarse de las atenciones que brinda la H. Junta de Beneficencia a la ciudadanía en general.

Hecho en Guayaquil, el ____ de _____ del 200__.

Firma del Representante

Firma de la Trabajadora Social

9.- HOJA DE CENSO DIARIO

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
 HOSPITAL PSIQUIATRICO "LORENZO PONCE"

ESTADISTICA FECHA: _____
 SALA: _____

CENSO DIARIO

| NOMBRES Y APELLIDOS | No. H.C. | RESUMEN DEL DIA |
|---|----------|--|
| <u>Ingresos</u> | | |
| _____ | _____ | 1.- Pacientes Hospitalizados según informe anterior _____ |
| _____ | _____ | 2.- Pacientes Hospitalizados (Ingresos) _____ |
| <u>Egresos</u> | | |
| _____ | _____ | 3.- TOTAL <input type="text"/> |
| _____ | _____ | MENOS: |
| _____ | _____ | 4.- ALTAS (egresos) _____ |
| PERMISOS, TRANSFERENCIAS Y FALLECIMIENTOS | | |
| _____ | _____ | 5.- MUERTES: antes de las 48 hrs. _____ después de las 48 hrs. _____ |
| _____ | _____ | 6.- TOTAL de pacientes a la fecha <input type="text"/> |
| CAPACIDAD: _____ | | |
| CAMA DISPONIBLES: _____ | | |
| NOTA: FAVOR LLENAR TODOS LOS CASILLEROS. | | |

