


| | | | |
|---|--|----------------------------|----------------------------|
|  | NOMBRE INDICACIONES INTERVENCIÓN CATETERISMO | | CÓDIGO 06-OD-005 |
| | TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS | PROCESO MISIONAL | VERSIÓN 003 |

| | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------|--|
| Nombre del paciente: | | | |
| N° Identificación: | | Fecha de entrega: | |
| Procedimiento: | | | |

A usted se le va a realizar una cirugía; le solicitamos leer con detenimiento las siguientes instrucciones:

EL DÍA DEL PROCEDIMIENTO:

- **NO** ingerir **NINGUNA CLASE DE ALIMENTO** sólido o líquido **6 HORAS** antes de la cirugía.
- Presentarse **SIN MAQUILLAJE** facial o en las uñas de manos y pies, estas deben estar cortas y sin ningún tipo de esmalte.
- Debe continuar recibiendo todos los medicamentos que le han formulado, estos deben tomarse con una mínima cantidad de agua.
- Si es paciente diabético y toma **metformina**, debe suspenderla un **(1) día antes** del procedimiento.
- **VENIR ACOMPAÑADO** de un adulto responsable, que disponga de tiempo para esperar hasta el final de la cirugía.
- **Traer pijama** y todos los elementos de **aseo personal** en caso de ser hospitalizado.
- **TRAER LOS DOCUMENTOS** de identificación, historia clínica completa, exámenes de laboratorio (Creatinina-Cuadro Hemático – Tiempos de Coagulación), y exámenes complementarios como electrocardiograma, ecocardiogramas, pruebas de esfuerzo y radiografías; para pacientes que requieren implante de marcapasos se solicita parcial de orina.

NOTA: si en los días anteriores a la cirugía presenta algún trastorno de salud (fiebre, gripa, tos o cualquier otra enfermedad o tiene algún inconveniente), informar al área de programación para suspender o cancelar la misma y programar una nueva fecha de cirugía. Comunicarse a la línea telefónica **606 3400708** en horario de 7:00am a 12:00m y de 1:00pm a 4:30pm solo para cancelaciones, reprogramaciones o información asociada.


FECHA DE LA CIRUGIA:

| | | |
|------------|------------|------------|
| Día | Mes | Año |
| | | |

HORA: _____

Nombre del especialista: _____

| | |
|---|--------------------------------------|
| Nombre del funcionario que entrega este documento | Nombre de quien recibe el documento: |
|---|--------------------------------------|

| | | | |
|---|---------------------------------------|------------------|-------------|
|  | NOMBRE | | CÓDIGO |
| | INDICACIONES INTERVENCIÓN CATETERISMO | | 06-OD-005 |
| TIPO DE DOCUMENTO | OTROS DOCUMENTOS | PROCESO MISIONAL | VERSIÓN 003 |

DERECHOS DEL PACIENTE

1. **Acceder a los servicios** sin que le impongan trámites administrativos adicionales a los de ley.
2. **Que le autoricen y presten** los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de manera oportuna y si usted requiere con necesidad uno que no esté incluido también lo puede recibir.
3. **Recibir por escrito las razones** por las que se niega el servicio de salud
4. **Que, en caso de urgencia,** sea atendido de manera inmediata, sin que le exijan documentos o dinero.
5. **Que atiendan con prioridad** a los menores de 18 años.
6. **Elegir libremente el asegurador,** la IPS y el profesional de la salud que quiere que lo trate, dentro de la red disponible.
7. **Ser orientado** respecto a la entidad que debe prestarle los servicios de salud requeridos.
8. **Que como cotizante** le paguen las licencias y las incapacidades médicas.
9. **Tener protección especial** cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.
10. **Que solamente le exijan** su documento de identidad para acceder a los servicios de salud.
11. **Que le informen** dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.
12. **Recibir un trato digno** sin discriminación alguna.
13. **Recibir los servicios de salud** en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
14. **Recibir durante todo el proceso de la enfermedad,** la mejor asistencia médica disponible.
15. **Recibir servicios continuos,** sin interrupción y de manera integral.
16. **Obtener información clara y oportuna** de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.

17. **Recibir una segunda opinión médica** si lo desea y a que su asegurador valore el concepto emitido por un profesional de la salud externo.
18. **Ser informado sobre los costos** de su atención en salud
19. **Recibir o rechazar** apoyo espiritual o moral.
20. **Que se mantenga estricta confidencialidad** sobre su información clínica.
21. **Que usted o la persona que lo represente acepte o rechace** cualquier tratamiento y que su opinión sea tenida en cuenta y respetada.
22. **Ser incluido** en estudios de investigación científica, sólo si lo autoriza
23. **Que se respete** su voluntad de donar o no sus órganos.

DEBERES DEL PACIENTE

- a) Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.
- b) Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan.
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- d) Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.
- e) Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.
- f) Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.