Fecha, DIA **/** MES **/** AÑO

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con tipo de identificación identificado con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en nombre propio y/o como representante legal o familiar de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declaro lo siguiente:

En forma libre y espontánea declaro que el médico tratante de CUIDARTE IPS., me ha informado, amplia y detalladamente, sobre el tratamiento a realizar y conozco y entiendo las consecuencias de este y lo acepto en bien de la recuperación de mi salud.

He sido informado de que con el uso adecuado de los medicamentos psiquiátricos puede 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, gastritis, trastornos de memoria, visión borrosa, sequedad de boca, 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.

He sido informado que muchas de las decisiones respecto del tratamiento, tales como hospitalización, administración de medicamentos, contención mecánica, deberán ser autorizadas por los acudientes 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 sólo serán informados posteriormente.

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 y todos los demás necesarios que puedan derivarse en pro de mi salud.

Igualmente, manifiesto que, en caso de encontrarme inconsciente o de que por mi estado mental no esté en condiciones de decidir respecto de mi tratamiento, será válida la firma del presente documento por mi acudiente o la persona que de mí se haga responsable.

He leído y entendido toda la información que me ha sido presentada antes de firmar este consentimiento, así como los deberes y derechos y la información de Protección de datos personales (Habeas data) que se encuentran en la parte posterior de este documento.

**Firma del Paciente Firma del Representante Legal**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipo Identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo Identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma y nombre del profesional**

**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, y establecen los derechos de los titulares de tales datos, al igual que las obligaciones de los responsables y encargados del tratamiento de los datos personales.

Dando cumplimiento al artículo 10 del Decreto 1367 que reglamento la Ley 1581 de 2012, nos permitimos informarle que CUIDARTE 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.

CUIDARTE 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 CUIDARTE IPS a utilizar mis datos con los propósitos citados anteriormente