Fecha: _____ Historia Clínica No. _____

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo para que durante mi estancia en la Clínica de Marly S.A, reciba los **cuidados de enfermería** tales como:

	Si	N/A
1. Baño en ducha o cama.		
2. Arreglo de Habitación.		
3. Asistencia en mi alimentación.		
4. Toma de signos vitales.		
5. Monitorización hemodinámica.		
6. Colocación / retiro de patos, pañales.		
7. Cuidado de la piel.		
8. Canalización, cambio y retiro de accesos venosos.		
9. Cuidados de catéteres centrales.		
10. Curación de las heridas.		
11. Administración de medicamentos formulados por su médico tratante y reconciliados.		
12. Administración de transfusiones (Salvo en los Testigos de Jehová).		
13. Colocación o retiro de sonda (nasogástrica, vesical).		
14. Toma de muestras para estudios paraclínicos.		
15. Control de líquidos (administrados/eliminados).		
16. Educación.		
17. Aislamiento de pacientes.		
18. Otros según necesidades del paciente y órdenes médicas.		
19. Traslado en ambulancia para la realización de estudios imagenológicos ordenados o procedimientos especiales.		
Se me ha informado que las pertenencias que ingresen a la Clínica de Marly, quedan bajo mi custodia, y que No debo tener elementos de valor (dinero en efectivo, joyas etc) durante la estancia en la Clínica. En caso que requiera tener estos elementos de valor en la Clínica, será bajo mi estricta responsabilidad, y para estos fines la Clínica de Marly me brindará una caja de seguridad que está ubicada en cada habitación en el servicio de hospitalización. En las áreas de cirugía ambulatoria, endoscopia e imágenes diagnósticas se asignará un casillero para guardar ropa más no para guardar dinero en efectivo, joyas, etc. los cuales estarán bajo mi responsabilidad.		

Entiendo y acepto lo consignado en este documento,

_____ _____

Nombre del paciente Firma

No. de identificación: Tipo de identificación:

_____ _____

Nombre del Testigo o persona responsable Firma

Parentesco: No. de identificación:

_____ _____

Nombre de la Enfermera Firma

No. de identificación:

Este documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del paciente.