

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

PPSS AÑO 2024

CAPACITACION DEL SISTEMA DE GESTION
DE SEGURIDAD Y SALUD
EN EL TRABAJO



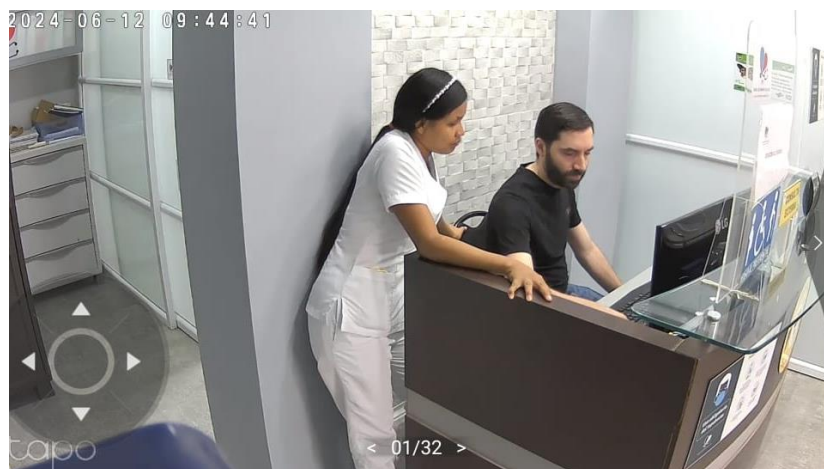
ATENCION AL USUARIO



**CAPACITACION MANUALES DE FUNCIONES
PARA EL PERSONAL DE LA IPS**



**CAPACITACION MONITOREO AMBULATORIO
DE 24 HORAS (MAPA)**



**IMPLEMENTACION DEL COSENTIMIENTO INFORMADO EN LA
TABLET A LOS USUARIO**



**FORMATO DE CONSENTIMIENTO FIRMADO
POR PACIENTE**



Consentimiento Informado
IPS Rafael Bustamante y Cia Ltda
Dirección: Carrera 10 #12 -99 Teléfono: 3174321016 Ciudad: Leticia

**INFORMACION SOBRE EL PROCEDIMIENTO: MONITOREO DE PRESION ARTERIAL
24 HORAS(MAPA).**

Procedimiento en el cual se realiza un registro de presión arterial durante 24 horas en una grabadora especial. Se colocan brasaletes en el brazo que se conectan a la minigrabadora (mapa). Cualquier síntoma lo anota en hoja de registro que se le suministra. El paciente debe realizar sus actividades diarias normales y venir al día siguiente, sin haber tomado baño, para que se le retire el dispositivo. Los registros son analizados digitalmente y el reporte se entrega posteriormente.

1. PREPARACION PREVIA AL EXAMEN: El paciente deberá presentarse 15 minutos antes del examen, habiendo comido normalmente. Debe haber tomado su medicación conforme a lo usual, sin haber suspendido ningún medicamento o teniendo en cuenta las indicaciones médicas.
2. CONTRAINDICACIONES: Ninguna.
3. BENEFICIOS: Diagnóstico de arritmias cardiacas, bradicardia, enfermedad coronaria silenciosa.
4. RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES: Ninguno.
5. RECOMENDACIONES PARA DESPUES DEL EXAMEN: Ninguna.

2. DECLARACION DEL PACIENTE

Declaro que se me ha explicado en términos comprensibles en qué consiste procedimiento denominado Test de Holter, cuáles son sus beneficios, sus posibles riesgos y complicaciones, y luego de comprender la información recibida, doy mi consentimiento libre y espontaneo para la realización de los mismo, por parte del equipo médico, quienes se comprometen a brindar sus conocimientos para la realización del procedimiento y a utilizar todo los medios disponibles para evitar que se presente complicaciones, teniendo en cuenta que la obligación del profesional médico se considera de medio mas no de resultado.

Acepto a su vez la realización por parte del equipo médico de todos aquellos procedimientos o medidas adicionales que sean necesarias para el manejo de las posibles complicaciones que se puedan presentar durante el procedimiento.

Comprendo que, para el logro de los objetivos buscados con este procedimiento, es indispensable mi colaboración efectiva mediante el seguimiento de las indicaciones médicas.

Manifiesto que ha sido aclarado todas mis dudas e inquietudes sobre el procedimiento, en palabras claras y fácilmente comprensibles.

Por otra parte, me han informado sobre el derecho que tengo de rechazar la realización del procedimiento y revocar el presente consentimiento en cualquier momento.

MANIFIESTO QUE LEIDO EN SU INTEGRIDAD EL PRESENTE DOCUMENTO Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PRECEDENTES HAN SIDO DILIGENCIADOS ANTES DE LA FIRMA DEL MISMO.



**REGISTRO:
EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS
PPSS AÑO 2024**

Versión: 01
01/02/2024

Página 4 de 6

Paciente

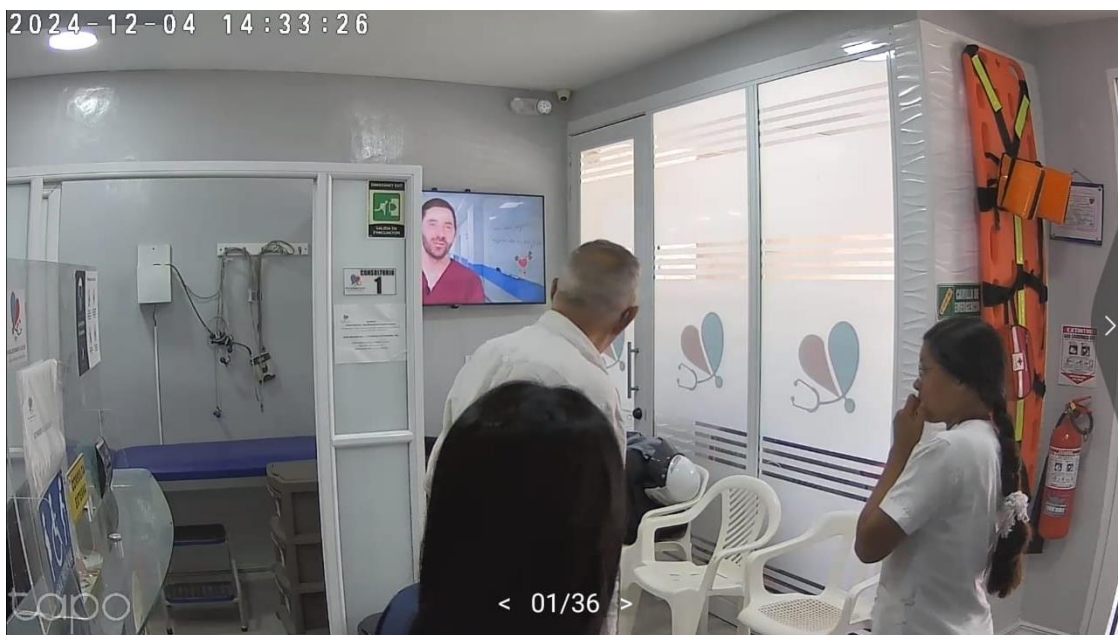
Nombre: Maria Jesus Suarez DaSilva
Cédula ciudadanía 52329877
Fecha firma: 06/11/2024

Confirmando que he explicado la naturaleza y el propósito del registro al paciente o a sus representantes legalmente autorizados y le he proporcionado las respuestas a las preguntas formuladas, así como indicado todos los riesgos propios del proceso

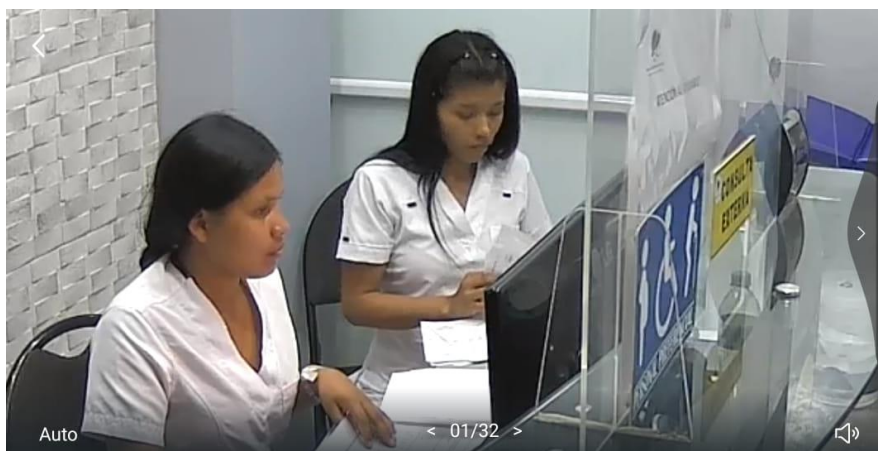
Nombre: Rafael Ignacio Bustamante Urzola

Firma

**IMPLEMENTACION DEL VIDEO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE HACEN
EN LA IPS RAFAEL BUSTAMANTE**



CAPACITACION VIRTUAL ELECTROCARDIOGRAMA



VISITA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL APLICACIÓN BUZON DE SUGERENCIA



**CAPACITACION RETROALIMENTACION EL BUEN USO
Y MANEJO DE LOS EXTINTORES**



CAPACITACION ECOCARDIOGRAMA Y ECOSTRESS



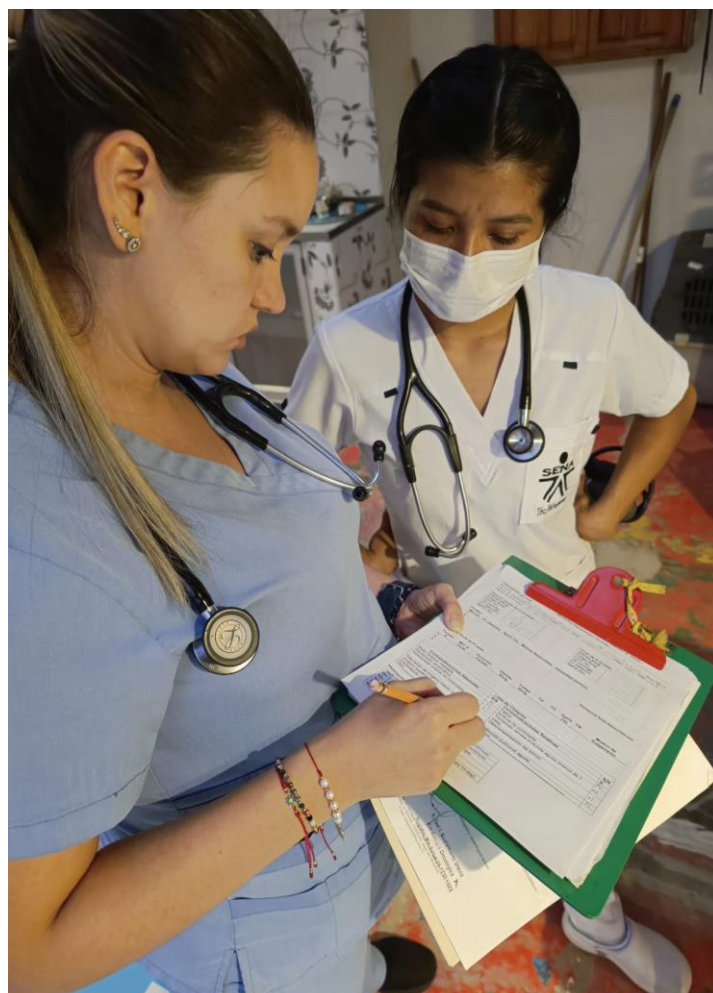
CAPACITACION COLOCACION DEL HOLTER DE 24 HORAS



**CAPACITACION: MANEJO Y PRACTICA DEL MANUAL DE
CAPACITACIONES PARA AUXILIARES**



CAPACITACION: PRUEBA DE CAMINATA



**CAPACITACION: PRUEBA DE CAMINATA
IPS RAFAEL BUSTAMANTE**



**CAPACITACION: RETROALIMENTACION
ECOCARDIOGRAMA Y ECOESTRESS**



CAPACITACION: EXAMEN ESPIROMETRIA



**CAPACITACION: APLICACIÓN DE ESPIROMETRIA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA A PACIENTES**

