

INFORMACIÓN PARA LA FAMILIA



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.
NIT 822.001.338-0

DERECHOS EN SALUD MENTAL: LEY 1616 DE 2013

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.



DERECHOS EN SALUD MENTAL: LEY 1616 DE 2013

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.



DERECHOS EN SALUD MENTAL: LEY 1616 DE 2013

6. Derecho a recibir Psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.



DERECHOS EN SALUD MENTAL: LEY 1616 DE 2013

9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.
12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.



DERECHOS EN SALUD MENTAL: LEY 1616 DE 2013

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.



DEBERES EN SALUD: LEY 1751 DE 2015

1. Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
2. Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención.
3. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
4. Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud.



DEBERES EN SALUD: LEY 1751 DE 2015

5. Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema.
6. Cumplir las normas del sistema de salud.
7. Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
8. Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio.
9. Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.



CANALES DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

- www.clinicarenovar.com
- www.clinicarenovar.com Link Contáctanos
- www.clinicarenovar.com Link PQRFs
- Oficina Atención al Usuario: atencionalusuariorenovarsas@gmail.com
- Alianza de Usuarios Clínica RENOVAR SAS:
alianzausuariosrenovar05@gmail.com



POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

“La Clínica del Sistema Nervioso RENOVAR SAS cimienta su Política de Participación Social en Salud en su compromiso por promover, fortalecer y proteger a nuestros usuarios, familias y comunidad en aspectos relacionados con la calidad de la atención en salud que reciben a través de la escucha activa por parte de los funcionarios de la IPS mediante la promoción de la participación y mecanismos en pro de aportar a un bienestar integral cuerpo-mente”.

Para ello se cuenta con un equipo de talento humano altamente calificado para atender con respeto, calidad y calidez humana a cada uno de los usuarios y su familia.



IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

La comunicación es crucial en la familia para fortalecer vínculos, construir confianza y resolver conflictos, lo que fomenta un desarrollo personal sano y relaciones estables. En la comunidad, permite el intercambio positivo de ideas entre diferentes grupos y contribuye al desarrollo colectivo, la educación y el bienestar social en general.



HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN SALUD MENTAL

Los hábitos de vida saludable para la salud mental incluyen una dieta equilibrada, ejercicio regular, dormir lo suficiente y manejar el estrés mediante actividades relajantes como la meditación, la lectura o pasar tiempo en la naturaleza. Otros hábitos importantes son mantener relaciones sociales saludables, evitar el consumo de sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco, y establecer rutinas que aporten estabilidad emocional y organización.



IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

CAMBIOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO Y EMOCIONES

- Sentimientos persistentes de tristeza, vacío o desesperanza.
- Cambios de humor extremos que afectan las relaciones.
- Ansiedad, miedo o nerviosismo excesivo.
- Fuertes sentimientos de ira o culpa.



IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

CAMBIOS EN EL PENSAMIENTO

- Pensamientos confusos, dificultad para concentrarse o problemas de memoria.
- Preocupaciones excesivas que no se pueden controlar.
- Pensamientos sobre hacerse daño a uno mismo o a otros.
- Creencias inusuales o exageradas (delirios) o escuchar voces que otros no oyen (alucinaciones).



IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO Y FUNCIONAMIENTO

- Cambios en los hábitos de sueño o alimentación.
- Aislamiento de las personas y actividades que solía disfrutar.
- Pérdida de energía o falta de motivación.
- Dificultad para realizar tareas diarias.
- Abuso de alcohol, drogas u otras sustancias.
- Comportamiento violento o irritabilidad extrema.



IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

OTROS SIGNOS DE ADVERTENCIA

- Dolores o molestias físicas inexplicables.
- Problemas en el rendimiento académico o laboral.
- Sensibilidad inusual a las imágenes o sonidos.
- Aparición de conductas extrañas o poco comunes.



IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Es importante recordar que solo un profesional de la salud puede diagnosticar una enfermedad mental. Si nota estos síntomas en usted mismo o en alguien que conoce, buscar ayuda profesional es el primer paso.



USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS

- **Consulte a su médico:** Acuda al médico para que diagnostique si la infección es bacteriana y requiere antibióticos. No los tome sin una receta.
- **Siga el tratamiento al pie de la letra:** Cumpla con la dosis y duración completas del tratamiento prescrito, aunque se sienta mejor antes.
- **No se automedique:** No guarde antibióticos sobrantes para usarlos en el futuro. Una infección pasada no es igual a una presente.



USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS

- **No use antibióticos para infecciones virales:** Los antibióticos no funcionan contra virus como los del resfriado o la gripe.
- **No presione al médico:** No insista en que le receten un antibiótico si el profesional de la salud considera que no es necesario.





INFORMACIÓN PARA FAMILIAS Y PACIENTES

TEMA DE LA ACTIVIDAD: Información Para Familias - Derechos Deben - Cartatrato Digno - Importancia de la Comunicación - Habilidades de Vida Saludable

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD: Johana Buitrago Pérez - Asistente Calidad

FECHA: Noviembre 19/25

24 horas
de síntomas
uso de
antibióticos

	NOMBRE PACIENTE	DOCUMENTO PACIENTE	NOMBRE (ASISTENTE)	DOCUMENTO (ASISTENTE)	TELEFONO	FIRMA
1	Yenny Rodríguez	1122133078	Arturo Buitrago	1124140085	3108566458	[Firma]
2	Yenny Lina	1121905639	Yenny Lina	1121905639	3236003075	[Firma]
3	Andrés Rodríguez	1121857386	Vilmar Pérez	40.396 402	3133998422	[Firma]
4	Yolanda Calderón	39.715 666	Gloria Calderón	39.796.558	3133900701	Gloria Calderón
5	Jazmin Gil Pulido	1123059977			3147032096	Jazmin Gil
6	Darel Alfredo Cl.	1072394404	Darel Alfredo Cl.	1072394404	313230569	[Firma]
7	Yon Wilmar Vigora	1121957381	[Firma]	39727999	3118415833	[Firma]
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO: Escriba el tema de la actividad entregada, el nombre y cargo de quien realiza la actividad, la fecha de entrega, el nombre del paciente, documento del paciente, nombre completo del asistente a quien se le entrega la información, el documento del asistente, teléfono y firma del asistente



INFORMACIÓN PARA FAMILIAS Y PACIENTES

TEMA DE LA ACTIVIDAD: Información Para Familias: Derechos y Deberes - Cuidado Digno - Importancia de la Comunicación - Hábitos de Vida Saludable
Identificación de Sintomas - Uso de Antidépresivos

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD: Johana Brito Pérez - Auditora Calidad | FECHA: Noviembre 24/2025

	NOMBRE PACIENTE	DOCUMENTO PACIENTE	NOMBRE (ASISTENTE)	DOCUMENTO (ASISTENTE)	TELEFONO	FIRMA
1	Clara Lilia Machado	41663.143	Clara Lilia Machado	41663.143		Clara Lilia Machado
2	José Liber Cabezas Sosa	86073885				
3	Angela Gonzalez	30082546	Angela Gonzalez	30082546	314364652	Angela Gonzalez
4	SANDRA QUEVEDO	1124242423	SANDRA QUEVEDO	1124242423	3114530911	SANDRA Q.
5	Santiago Navarro	1124244325	Francely del Pordone	26480168	3213085104	Francely del Pordone
6	Francilena Ramirez	28723900			3142977190	Francilena R.
7	Mery Carron					
8	Mercedes Cardenas	20438732	Mery Carron	39731586	302335971	Mery C.
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO: Escriba el tema de la actividad entregada, el nombre y cargo de quien realiza la actividad, la fecha de entrega, el nombre del paciente, documento del paciente, nombre completo del asistente a quién se le entrega la información, el documento del asistente, teléfono y firma del asistente



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.
NIT 822.001.338-0

INFORMACIÓN PARA FAMILIAS Y PACIENTES

TEMA DE LA ACTIVIDAD: *Información para familias - Derechos y Deberes - Carta Tratamiento digno - Importancia de la comunicación - Habilidades de vida saludable - Identificación de síntomas - uso de antibióticos*

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD:

FECHA: *Noviembre 25/2025*

	NOMBRE PACIENTE	DOCUMENTO PACIENTE	NOMBRE (ASISTENTE)	DOCUMENTO (ASISTENTE)	TELEFONO	FIRMA
1	<i>Carlos Anzok</i>	<i>5831215</i>	<i>MADRE Yumpi</i>	<i>1029dc 11936647</i>	<i>3003628797</i>	<i>[Signature]</i>
2	<i>Manuel Muñoz</i>	<i>86610365</i>			<i>3118713486</i>	<i>[Signature]</i>
3	<i>Joydu Estefany B.</i>	<i>1120841908</i>			<i>3228673445</i>	<i>Joydu Bernal</i>
4	<i>ERIKA Pinzon</i>	<i>1121819506</i>			<i>312348452</i>	<i>[Signature]</i>
5	<i>Jessca Vasquez</i>	<i>1121964638</i>			<i>7227409635</i>	<i>[Signature]</i>
6	<i>Nini Johanna Romero</i>	<i>110215822 v/cb</i>			<i>3159841781</i>	<i>[Signature]</i>
7	<i>Ninfa Rosa Muñoz</i>	<i>21.182.368</i>			<i>320434090</i>	<i>[Signature]</i>
8	<i>Juan Carlos Borrera</i>	<i>80118116</i>	<i>Jalonda Velazquez</i>	<i>41798499</i>	<i>3136742123</i>	<i>Jalonda Velazquez</i>
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO: Escriba el tema de la actividad entregada, el nombre y cargo de quien realiza la actividad, la fecha de entrega, el nombre del paciente, documento del paciente, nombre completo del asistente a quien se le entrega la información, el documento del asistente, teléfono y firma del asistente



INFORMACIÓN PARA FAMILIAS Y PACIENTES

TEMA DE LA ACTIVIDAD: BIBLIOTECAS - Información para familias - Derechos y Deberes @ AM

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD: DR. ANA ERICA - Johns Brito Pérez FECHA: 26 NOV 2025

	NOMBRE PACIENTE	DOCUMENTO PACIENTE	NOMBRE (ASISTENTE)	DOCUMENTO (ASISTENTE)	TELEFONO	FIRMA
1	Marlene Cárdenas	30992214	Licnet Cárdenas	30991732	3124635618	<i>[Firma]</i>
2	Leidy Duque	24816305	Leidy Duque	24816305	3124957830	LEIDY DUQUE
3	Luz Quiroga	40396723	Luz Quiroga	40396723	3206854671	Luz Quiroga Quiroga Giraldo
4	Ingrid Pérez	1019004409	Ingrid Pérez	1019004469	3202037135	INGRID PÉREZ
5	Marco Benito	86073751	Marco Benito	86073751	3228301032	<i>[Firma]</i>
6	Mercedes Gaitan	40369523	Marcela Gaitan	1121877037	320463369	<i>[Firma]</i>
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

INSTRUCTIVO DE DIUENCIAMIENTO: Escriba el tema de la actividad entregada, el nombre y cargo de quien realiza la actividad, la fecha de entrega, el nombre del paciente, documento del paciente, nombre completo del asistente a quién se le entrega la información, el documento del asistente, teléfono y firma del asistente



CLINICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.
VIT 922 001 236-0

ATENCIÓN GRUPAL

10:00 AM

GRUPO: trastorno orgánico y demencia Dia Avg Ecija, FECHA: 26 NOV 2025
Información a familias - Soles del trabajo por el

	NOMBRE PACIENTE	DOCUMENTO PACIENTE	NOMBRE (ASISTENTE)	DOCUMENTO (ASISTENTE)	TELEFONO	FIRMA
1	William Sierra	79137968	William Sierra	79137968	3115741062	
2	Maria lili Pacheco	20637283	Dora Mender	20632521	3025160576	
3	Diana Trujillo	1006738005	Maria Duarte Guev	1019080362	3102469603	
4	Andres Anaya	1007859006	" "	" "	" "	
5	Florencia Archello	21145367	Bianca Triana	41732936	312294408	
6	Leonardo Arguello	1072491381	Patricia Cequera	(3530)35330556	3134776319	
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO: Escriba el tipo de grupo, la fecha de la reunión, el nombre del paciente, documento del paciente, nombre completo del asistente al taller, el documento del asistente al taller, teléfono y firma del asistente