



## FORMULARIO CI-I HOSPITALES REGIONALES, NACIONALES Y ESPECIALIZADOS

### CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES EN SALUD

Este formulario pretende evaluar la implementación del proceso de consentimiento informado, acorde a lo establecido en el Reglamento y el instructivo para los profesionales responsables del seguimiento de la aplicación del Reglamento, así como conocer las necesidades de capacitación de los funcionarios en este tema.

Usted como profesional (**médico, enfermería, odontología, psicología, trabajo social, microbiología**) en contacto directo con los pacientes es el encargado de la aplicación del proceso de consentimiento informado, cuando este se amerite; por lo que le solicitamos responder las siguientes preguntas de respuesta única, basado en su realidad profesional:

1. **Con respecto al proceso de Consentimiento Informado, es correcto afirmar:**
  - a. Es un proceso de comunicación continua, predominantemente escrita, entre los funcionarios de salud y la persona usuaria, que exonera a la institución y a sus funcionarios ante cualquier complicación o actuación profesional, útil en intervenciones quirúrgicas únicamente.
  - b. Es un proceso de comunicación continua, predominantemente oral, entre los funcionarios de salud y la persona usuaria, que reconoce el derecho de ésta a participar activamente en la toma de decisiones, respecto a los procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos.
  - c. Es la firma del paciente en un formulario, en la que el usuario brinde su autorización para hacer un procedimiento.
  
2. **Según lo establecido en el Reglamento de Consentimiento Informado de la CCSS, la persona responsable de la aplicación del consentimiento informado es:**
  - a. El profesional que refiere al paciente para realizarse un estudio al III nivel de atención.
  - b. El profesional de enfermería que se encuentra a cargo del salón del servicio de cirugía.
  - c. El profesional que realiza el procedimiento clínico recomendado al paciente.
  
3. **Según lo establecido en el Reglamento de Consentimiento Informado de la CCSS, es correcto afirmar que, una vez que la persona usuaria otorga su consentimiento para realizarle un procedimiento quirúrgico, esta puede:**
  - a. Cambiar de decisión y revocar el consentimiento parcialmente o totalmente sin que esto le genere perjuicio o pérdida de derechos.
  - b. Cambiar de decisión, sin embargo el médico debe realizar la intervención inicialmente consentida por el paciente.
  - c. Cambiar de decisión, lo que implica que se le dé de alta sin valoración de otras alternativas de abordaje.
  
4. **Según lo establecido en el Reglamento de Consentimiento Informado de la CCSS, es correcto afirmar que, un paciente de 87 años con una demencia avanzada y que requiere de una cirugía, el consentimiento informado por escrito se le debe solicitar a:**
  - a. La esposa, quien está en la casa y tiene limitaciones importantes para su movilización.
  - b. La hija mayor, de las dos que le acompañan al paciente.
  - c. A un representante legal debidamente acreditado.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## FORMULARIO CI-I

### CUESTIONARIO PARA PERSONAS USUARIAS

El consentimiento informado es el derecho de la persona a obtener información y explicaciones adecuadas, para decidir si desea realizarse o no estudios, cirugías u otras intervenciones que tengan que ver con su salud.

Este formulario pretende evaluar la implementación del consentimiento informado en la CCSS, por lo que quisiéramos saber su opinión respecto a las siguientes preguntas:

**1. ¿Sabía usted que tenía derecho a decidir si realizarse o no la intervención le hicieron?**

- a. Sí, sé que es un derecho que tengo de saber que me van a hacer y decidir si quiero o no.
- b. Sí, pero no estaba seguro(a).
- c. No, nunca había escuchado de él.

**2. ¿El profesional que lo/la atendió, le explicó el procedimiento que le realizó y le pidió su autorización antes de hacérselo?**

- a. Sí, me brindo información y me pidió que firmara mi autorización.
- b. Sí, me brindo información, pero no me pidió que firmara mi autorización.
- c. No me brindo información pero si me pidió que firmara mi autorización.

**3. ¿Entendió usted toda la información que le brindó el profesional de salud sobre el procedimiento que le realizó?**

- a. Sí.
- b. Sí pero me quedaron dudas.
- c. No entendí

**4. ¿Le permitió el profesional hacer preguntas y le aclaró sus dudas antes de realizarle el procedimiento?**

- a. Sí me permitió hacer preguntas pero no aclaró mis dudas.
- b. No me permitió hacer preguntas.
- c. Sí me permitió hacer preguntas y aclaró mis dudas.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## FORMULARIO CI-I

### REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTE SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS.

1. Se debe solicitar al archivo (previa autorización de la Dirección Médica) **20** expedientes de salud por semestre, de personas usuarias a quienes se les haya practicado un procedimiento quirúrgico en el servicio de cirugía general, con el fin de verificar que se encuentre el formulario oficial vigente de consentimiento informado (código 4-70-03-0560) o que en su defecto se encuentre una nota las hojas de evolución en la cual se describa que se brindó la información y se solicitó el consentimiento del paciente, dicha nota debe contar con la firma tanto del usuario como del funcionario.
2. Si utiliza expediente electrónico deberá revisarse el documento físico firmado por el paciente y corroborar que exista una nota al respecto en el expediente electrónico.
3. Con base en la revisión de los expedientes, se debe completar el siguiente cuadro.

<b>Formulario de Consentimiento Informado o nota en el expediente</b>			
<b>Expediente evaluado</b>	<b>Presente y completo.</b>	<b>Presente pero incompleto.</b>	<b>Ausente.</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
<b>TOTAL</b>			



FORMULARIO CI-I

**DIVULGACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO A 10  
FUNCIONARIOS O USUARIOS.**

Esta divulgación se realizará dos veces al año, posterior a cada evaluación del servicio, con la finalidad de aclarar o abordar las dudas de los funcionarios o los usuarios. (La duración de la charla será de 15-30 min aproximadamente).

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Temas abordados \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	Nombre completo	Nº de cédula.	Correo electrónico o número telefónico	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				