FORMULARIO ACA-III

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ANÁLISIS BIOÉTICO DE CASO CLÍNICO**

|  |
| --- |
| Comité de Bioética Clínica que realizó el análisis: |
| **Datos del Caso** |
| Número de Caso Clínico:  Nombre completo del solicitante:  Centro médico solicitante:  Servicio solicitante: |

|  |
| --- |
| **Resumen del análisis del CBC y sus recomendaciones** |

De conformidad con lo establecido en la Normativa Institucional, referente a los criterios para el análisis bioético de casos clínicos en los centros de la CCSS, se analizó lo siguiente:

**Problema bioético encontrado**

**\*En caso de existir denuncia administrativa o judicial no se realiza recomendaciones.**

**Recomendación** (Según los principios bioéticos fundamentales y del marco jurídico nacional)

No omitimos manifestarle que las conclusiones y las recomendaciones que aquí se expresan no son vinculantes, sino que se trata de aportar consejos y opiniones asesoras.

|  |
| --- |
| Firmas |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente(a) Vicepresidente(a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secretario(a) Representante de la Comunidad

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miembro

Se envía copia de este formulario a:

Sr. (a) Nombre de la persona que realiza la solicitud

Dr(a) .Director(a) Centro Médico, Director(a) Centro Médico.

Subárea de Bioética Clínica y en Gestión