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