**Registro de Proceso de Seguimiento Consentimiento Informado**

La participación de los funcionarios y usuarios en el Proceso de Seguimiento Consentimiento Informado se realiza mediante un formulario en línea. Este registro se debe completar con la firma y la fecha en que cada una de las personas realizan su aporte en el proceso.

Centro Asistencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo por evaluar:

 \_\_\_I Semestre 2019

 \_\_\_II Semestre 2019

|  |  |
| --- | --- |
| **Usuarios** | **Funcionarios**  |
|  N° | Firma/ nombre | Fecha  | Firma/nombre | Fecha |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

Esta segunda página debe ser completada únicamente por Hospitales Regionales, Nacionales y Centros especializados.

|  |  |
| --- | --- |
| **Usuarios** | **Funcionarios**  |
|  N° | Firma/nombre | Fecha | Firma/nombre | Fecha |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |