



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Comité de Bioética Clínica

(Añote el nombre del hospital o área de salud)

**FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO  
BIOÉTICO**

Código: FO-AB

Versión: 1

Fecha: Octubre/2025

Página 1 de 7

Página 1 de 7

**Anexo 1. FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO****FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

Comité de Bioética Clínica (CBC): \_\_\_\_\_

Nombre del observador (CBC): \_\_\_\_\_

Situación observada (breve descripción):  

---

---

---

---

---

---

**1. Privacidad e intimidad**

Ítem	Observado	Comentario breve
¿La presencia de profesionales, estudiantes o terceros es proporcional y éticamente justificada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se protege la privacidad de la persona usuaria durante la atención? (Identifique si se realizan acciones que resulten incómodas o vulneren la intimidad de persona)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se evita comentar información clínica frente a terceros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La información sensible se maneja con discreción y respeto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> Comité de Bioética Clínica (Añote el nombre del hospital o área de salud) <b>FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO</b>	Código: <b>FO-AB</b> Versión: 1 Fecha: <b>Octubre/2025</b> Página <b>2 de 7</b>
--	---	--

Página 2 de 7

## 2. Confidencialidad

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Se protege la información clínica en espacios compartidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se respetan las normas de acceso a EDUS y otros sistemas electrónicos institucionales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se evita la exposición innecesaria de datos o imágenes clínicas a terceros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se divulga la información clínica con el consentimiento del paciente o bajo los protocolos establecidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## 3. Comunicación

Ítem	Observado	Comentario breve
¿El lenguaje verbal y no verbal es adecuado y respetuoso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La información clínica se brinda con claridad, tacto y sin juicios de valor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## 4. Escucha activa y narrativa de la persona usuaria

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Comité de Bioética Clínica

(Añote el nombre del hospital o área de salud)

**FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO  
BIOÉTICO**Código: **FO-AB**

Versión: 1

Fecha: **Octubre/2025**

Página 3 de 7

Página 3 de 7

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Durante la atención, se le brindó espacio para compartir su experiencia personal o la vivencia de su enfermedad o condición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se identifican aspectos relevantes como síntomas ocultos o aspectos éticos relevantes (por ejemplo, CI o voluntades anticipada)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El equipo clínico le escuchó con atención y sin interrumpir, mostrando apertura hacia sus inquietudes, molestias, dudas o preferencias durante la atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**5. Toma de decisiones clínicas compartidas**

Ítem	Observado	Comentario breve
¿La persona usuaria participa activamente en las decisiones clínicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El equipo de salud ofrece opciones reales y valora las preferencias de persona usuaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Existe un diálogo continuo, respetuoso y bidireccional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Comité de Bioética Clínica

(Añote el nombre del hospital o área de salud)

**FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO  
BIOÉTICO**Código: **FO-AB**

Versión: 1

Fecha: Octubre/2025

Página 4 de 7

Página 4 de 7

**6. Información y consentimiento informado**

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Considera que el lenguaje, los materiales, el tiempo y el entorno utilizados para brindarle información clínica fueron adecuados y coherentes con sus necesidades, capacidades y preferencias?"	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se cumplen los principios del consentimiento informado: claridad, comprensión, voluntariedad y oportunidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**7. Comunicación de malas noticias (*si aplica*)**

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Se observa prudencia y compasión al comunicar noticias difíciles?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
¿Se respetó la dignidad de la persona usuaria en la comunicación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
¿Se siguieron los principios del Manual sobre la comunicación de noticias difíciles en la atención clínica – Consideraciones Bioéticas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Comité de Bioética Clínica

(Añote el nombre del hospital o área de salud)

**FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO  
BIOÉTICO**Código: **FO-AB**

Versión: 1

Fecha: **Octubre/2025**

Página 5 de 7

Página 5 de 7

**8. Justicia y equidad**

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Se brinda atención sin discriminación por ninguna condición personal o social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La asignación de recursos es justa y no arbitraria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se consideran barreras sociales o culturales en la atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**9. Rol del estudiante (*si aplica*)**

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Se cuenta con el consentimiento de la persona para que participen estudiantes durante su atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
¿La participación de estudiantes es ética y supervisada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
¿Se instruye a estudiantes en respeto, confidencialidad y límites?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El bienestar de la persona usuaria se prioriza sobre el aprendizaje?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Comité de Bioética Clínica

(Añote el nombre del hospital o área de salud)

**FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO  
BIOÉTICO**Código: **FO-AB**

Versión: 1

Fecha: **Octubre/2025**Página **6 de 7**Página **6 de 7****10. Perspectiva del final de vida y cuidados paliativos (*si aplica*)**

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Se respeta la dignidad de persona usuaria en fase terminal o con enfermedades crónicas avanzadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
¿El equipo tratante consideró las voluntades anticipadas, los cuidados paliativos y valoró la proporcionalidad del tratamiento indicado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	

**11. Otros aspectos bioéticos relevantes**

Anotar cualquier situación observada con implicaciones bioéticas, como: trato indigno, tensiones con protocolos, prácticas rutinarias a revisar, etc.

---

---

---

---

---

**Señales de alerta bioética (*marcar si se observaron*)**

- Conflicto entre decisión clínica y voluntad de la persona usuaria
- Fallas en el consentimiento informado
- Irrespeto a la privacidad o confidencialidad

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Comité de Bioética Clínica

(Añote el nombre del hospital o área de salud)

**FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO  
BIOÉTICO**Código: **FO-AB**

Versión: 1

Fecha: **Octubre/2025**Página **7 de 7**Página **7 de 7**

- Discriminación
- Riesgos para la seguridad de la persona usuaria
- Falta de respeto a los derechos de la persona usuaria

**Retroalimentación breve (si se brindó)**

---

---

---

**Resumen de buenas prácticas observadas:**

---

---

---

**Recomendaciones bioéticas preliminares dadas al equipo:**

---

---

---

**Firma del miembro del CBC:** \_\_\_\_\_**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_