Cada comité debe enviar al Área de Bioética en formato **“PDF que admite búsqueda”** vía correo electrónico una copia del este expediente completo, firmado y sellado.

Expediente Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro

2019-2022



14/12/2018

Área de Bioética- SBCG

CENDEISSS-CCSS

Contenido

[Nombramiento de los Miembros del Comité de Bioética Clínica y Compromisos por parte de la Dirección Médica 3](#_Toc442961492)

[Ficha Personal y Profesional del Presidente (a) 4](#_Toc442961493)

[Acuerdo de Confidencialidad del Presidente (a) 5](#_Toc442961494)

[Declaración de Conflicto de Interesesdel Presidente (a) 6](#_Toc442961495)

[Ficha Personal y Profesional del Vicepresidente (a) 9](#_Toc442961496)

[Acuerdo de Confidencialidad del Vicepresidente (a) 10](#_Toc442961497)

[Ficha Personal y Profesional del Secretario(a) 14](#_Toc442961498)

[Acuerdo de Confidencialidad del Secretario(a) 15](#_Toc442961499)

[Ficha Personal y Profesional de la persona Representante de la Comunidad 19](#_Toc442961500)

[Acuerdo de Confidencialidad de la persona Representante de la Comunidad 20](#_Toc442961501)

[Ficha Personal y Profesional del Vocal 24](#_Toc442961502)

[Acuerdo de Confidencialidad del Vocal 25](#_Toc442961503)

[Ficha Personal y Profesional del Suplente 1 29](#_Toc442961504)

[Acuerdo de Confidencialidad del Suplente 1 30](#_Toc442961505)

[Ficha Personal y Profesional del Suplente 2 34](#_Toc442961506)

[Acuerdo de Confidencialidad del Suplente 2 35](#_Toc442961507)

[ANEXO 1 39](#_Toc442961508)

#

# Nombramiento de los Miembros del Comité de Bioética Clínica y Compromisos por parte de la Dirección Médica

Yo, Nombre completo, en mi condición de Director(a) Médico(a) de Nombre del centro , nombro a las siguientes personas como miembros activos del Comité de Bioética Clínica y me comprometo a incentivar y fomentar la capacitación y la educación continua de todos sus miembros.

**Conformación del Comité**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Función**  | **Nombre Completo** | **Cédula**  | **Teléfono**  |
| Presidente(a) |   |   |   |
| Vicepresidente(a) |   |   |   |
| Secretario(a) |   |   |   |
| Representante de la Comunidad |   |   |   |
| Vocal |   |   |   |
| Suplente 1 |   |   |   |
| Suplente 2 |   |   |   |

 **Acceso al Comité**

Teléfono de contacto al comité: 0000-0000

Correo electrónico para contactar al comité: xxxxx@XXXXXXX.com

Ubicación física para contactar al comité:

Así mismo, me comprometo a asignar los siguientes recursos, para su adecuado funcionamiento.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Recursos**  | **Disponibilidad** |
| Apoyo secretarial y administrativo | Nombre de la persona |
| Sala de sesiones |  Ubicación  |
| Tiempo para sesionar | # de horas por mes |
| Tiempo para que todos sus miembros acudan a actividades de capacitación  | # de cursos por año |
| Tiempo para que quien preside el comité o bien un representante asista o participe por videoconferencia en el Consejo Asesor de Bioética | # de horas por mes |
| Tiempo y espacio para realizar actividades de divulgación de la bioética dentro del centro asistencial | # de Actividades por año |
| Archivos apropiados y exclusivos para uso del comité, los cuales deben contar con llave, para su adecuado resguardo |  # de Placa |
| Teléfono |  # de Placa |
| Facsímile |  # de Placa |
| Computadora  |  # de Placa |
| Biblioteca (estante, archivo con material de referencia) |  # de Placa |
|  Acceso a Internet |   |

Sello de la Dirección

 Nombre completo 0-0000-0000 dd/mm/aa

Nombre del Director(a) Cédula Firma Fecha

# Ficha Personal y Profesional del Presidente (a)

**Datos personales**

Fotografía

Nombre completo: Nombre completo

Nacionalidad:

Cédula: 0-0000-0000

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA

Dirección de Residencia : provincia-cantón-distrito

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación:

Correo Electrónico: xxxxx@XXXXXXX.com

**Datos Laborales Actuales**

Centro de Trabajo:

Puesto:

Teléfono del Trabajo: 0000-0000

**Datos de Formación Académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grado** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |

**Datos de Experiencia Laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Puesto** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**Datos de Capacitación en Bioética** (Adjunte copia del certificado)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Curso** | **Institución**  | **Año**  |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS |   |
|   |   |   |
|   |    |   |
|   |   |   |
|   |    |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

# Acuerdo de Confidencialidad del Presidente (a)

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

# Declaración de Conflicto de Intereses[[1]](#footnote-1) del Presidente (a)

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar el siguiente cuadro)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Intereses económicos personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. |   |   |   |   |   |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. |   |   |   |   |   |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria.  |   |   |   |   |   |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros.  |   |   |   |   |   |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud.  |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Intereses económicos no personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.* Financiación de formación por la industria de la salud.
* Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización.
* Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable.
* Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable.
* Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud.
 |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Intereses no económicos, personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. |   |   |   |   |   |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos)**  | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

# Ficha Personal y Profesional del Vicepresidente (a)

**Datos personales**

 **Fotografía**

Nombre completo: Nombre completo

Nacionalidad:

Cédula: 0-0000-0000

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA

Dirección de Residencia : provincia-cantón-distrito

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación:

Correo Electrónico: xxxxx@XXXXXXX.com

**Datos Laborales Actuales**

Centro de Trabajo:

Puesto:

Teléfono del Trabajo: 0000-0000

**Datos de Formación Académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grado** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |

**Datos de Experiencia Laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Puesto** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**Datos de Capacitación en Bioética** (Adjunte copia de certificado)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Curso** | **Institución**  | **Año**  |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

# Acuerdo de Confidencialidad del Vicepresidente (a)

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

**Declaración de Conflicto de Intereses**[[2]](#footnote-2) **del Vicepresidente (a)**

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar el siguiente cuadro)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Intereses económicos personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. |   |   |   |   |   |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. |   |   |   |   |   |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria.  |   |   |   |   |   |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros.  |   |   |   |   |   |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud.  |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Intereses económicos no personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.* Financiación de formación por la industria de la salud.
* Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización.
* Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable.
* Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable.
* Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud.
 |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Intereses no económicos, personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. |   |   |   |   |   |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos)**  | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

# Ficha Personal y Profesional del Secretario(a)

**Datos personales**

 **Fotografía**

Nombre completo: Nombre completo

Nacionalidad:

Cédula: 0-0000-0000

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA

Dirección de Residencia : provincia-cantón-distrito

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación:

Correo Electrónico: xxxxx@XXXXXXX.com

**Datos Laborales Actuales**

Centro de Trabajo:

Puesto:

Teléfono del Trabajo: 0000-0000

**Datos de Formación Académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grado** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |

**Datos de Experiencia Laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Puesto** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**Datos de Capacitación en Bioética** (Adjunte copia de certificado)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Curso** | **Institución**  | **Año**  |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

# Acuerdo de Confidencialidad del Secretario(a)

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

**Declaración de Conflicto de Intereses**[[3]](#footnote-3) **del Secretario(a)**

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar el siguiente cuadro)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Intereses económicos personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. |   |   |   |   |   |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. |   |   |   |   |   |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria.  |   |   |   |   |   |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros.  |   |   |   |   |   |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud.  |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Intereses económicos no personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.* Financiación de formación por la industria de la salud.
* Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización.
* Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable.
* Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable.
* Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud.
 |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Intereses no económicos, personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. |   |   |   |   |   |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos)**  | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

#  Ficha Personal y Profesional de la persona Representante de la Comunidad

**Datos personales**

 **Fotografía**

Nombre completo: Nombre completo

Nacionalidad:

Cédula: 0-0000-0000

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA

Dirección de Residencia : provincia-cantón-distrito

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación:

Correo Electrónico: xxxxx@XXXXXXX.com

**Datos Laborales Actuales**

Centro de Trabajo:

Puesto:

Teléfono del Trabajo: 0000-0000

**Datos de Formación Académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grado** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |

**Datos de Experiencia Laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Puesto** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**Datos de Capacitación en Bioética** (Adjunte copia de certificado)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Curso** | **Institución**  | **Año**  |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

# Acuerdo de Confidencialidad de la persona Representante de la Comunidad

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

**Declaración de Conflicto de Intereses**[[4]](#footnote-4) **de la persona Representante de la Comunidad**

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar el siguiente cuadro)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Intereses económicos personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. |   |   |   |   |   |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. |   |   |   |   |   |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria.  |   |   |   |   |   |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros.  |   |   |   |   |   |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud.  |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Intereses económicos no personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.* Financiación de formación por la industria de la salud.
* Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización.
* Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable.
* Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable.
* Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud.
 |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Intereses no económicos, personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. |   |   |   |   |   |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos)**  | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

#  Ficha Personal y Profesional del Vocal

**Datos personales**

 **Fotografía**

Nombre completo: Nombre completo

Nacionalidad:

Cédula: 0-0000-0000

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA

Dirección de Residencia : provincia-cantón-distrito

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación:

Correo Electrónico: xxxxx@XXXXXXX.com

**Datos Laborales Actuales**

Centro de Trabajo:

Puesto:

Teléfono del Trabajo: 0000-0000

**Datos de Formación Académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grado** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |

**Datos de Experiencia Laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Puesto** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**Datos de Capacitación en Bioética** (Adjunte copia de certificado)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Curso** | **Institución**  | **Año**  |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

# Acuerdo de Confidencialidad del Vocal

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

**Declaración de Conflicto de Intereses**[[5]](#footnote-5) **del Vocal**

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar el siguiente cuadro)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Intereses económicos personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. |   |   |   |   |   |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. |   |   |   |   |   |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria.  |   |   |   |   |   |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros.  |   |   |   |   |   |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud.  |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Intereses económicos no personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.* Financiación de formación por la industria de la salud.
* Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización.
* Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable.
* Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable.
* Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud.
 |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Intereses no económicos, personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. |   |   |   |   |   |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos)**  | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

#  Ficha Personal y Profesional del Suplente 1

**Datos personales**

 **Fotografía**

Nombre completo: Nombre completo

Nacionalidad:

Cédula: 0-0000-0000

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA

Dirección de Residencia : provincia-cantón-distrito

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación:

Correo Electrónico: xxxxx@XXXXXXX.com

**Datos Laborales Actuales**

Centro de Trabajo:

Puesto:

Teléfono del Trabajo: 0000-0000

**Datos de Formación Académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grado** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |

**Datos de Experiencia Laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Puesto** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**Datos de Capacitación en Bioética** (Adjunte copia de certificado)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Curso** | **Institución**  | **Año**  |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

# Acuerdo de Confidencialidad del Suplente 1

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

**Declaración de Conflicto de Intereses**[[6]](#footnote-6) **del Suplente 1**

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar el siguiente cuadro)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Intereses económicos personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. |   |   |   |   |   |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. |   |   |   |   |   |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria.  |   |   |   |   |   |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros.  |   |   |   |   |   |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud.  |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Intereses económicos no personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.* Financiación de formación por la industria de la salud.
* Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización.
* Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable.
* Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable.
* Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud.
 |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Intereses no económicos, personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. |   |   |   |   |   |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos)**  | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

#  Ficha Personal y Profesional del Suplente 2

**Datos personales**

 **Fotografía**

Nombre completo: Nombre completo

Nacionalidad:

Cédula: 0-0000-0000

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA

Dirección de Residencia : provincia-cantón-distrito

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación:

Correo Electrónico: xxxxx@XXXXXXX.com

**Datos Laborales Actuales**

Centro de Trabajo:

Puesto:

Teléfono del Trabajo: 0000-0000

**Datos de Formación Académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grado** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |

**Datos de Experiencia Laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Puesto** | **Institución**  | **Año**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**Datos de Capacitación en Bioética** (Adjunte copia de certificado)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Curso** | **Institución**  | **Año**  |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

# Acuerdo de Confidencialidad del Suplente 2

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

**Declaración de Conflicto de Intereses**[[7]](#footnote-7) **del Suplente 2**

Yo, Nombre Completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro del Comité de Bioética Clínica de Nombre del Centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar el siguiente cuadro)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Intereses económicos personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. |   |   |   |   |   |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. |   |   |   |   |   |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria.  |   |   |   |   |   |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros.  |   |   |   |   |   |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud.  |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Intereses económicos no personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.* Financiación de formación por la industria de la salud.
* Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización.
* Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable.
* Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable.
* Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud.
 |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Intereses no económicos, personales** | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. |   |   |   |   |   |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos)**  | **Sí** | **No** | **Describa lo correspondiente** | **¿Quién financió?** | **Fecha y duración de la actividad** |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). |   |   |   |   |   |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

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

Firma

Dado en Cantón, Provincia, a las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

# ANEXO 1

**Certificación de la copia de Acuerdo de Confidencialidad**

El Ministerio de Salud solicitará como parte de la documentación para acreditar a los centros que realicen donación o trasplante una copia certificada del Acuerdo de Confidencialidad de los miembros de Comité, la Dirección Medica de cada Centro será quien extienda dicha certificación, con el siguiente formato:

**CERTIFICACIÓN**

Nombre del centro médico

Dr. (a) Nombre Completo, Director(a) Médico.

**CERTIFICA:**

Que las siguientes copias fotostáticas corresponden a los Acuerdos de Confidencialidad de las personas que fungen como miembros del Comité de Bioética Clínica del Centro Médico que dirijo. El cual consta de 7 folios impresos, enumerados como páginas 5, 10,15, 20, 25, 30, 35 . Esta certificación se extiende con vista del documento original y corresponde a las páginas 5, 10,15, 20, 25, 30 y 35 del documento: “Expediente del Comité de Bioética Clínica 2016-2019”.

Es todo, se emite la presente por solicitud de la Secretaría Técnica de Donación y trasplante de órganos y tejidos, Ministerio de Salud, al ser las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

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

Firma

1. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-3)
4. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-4)
5. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-5)
6. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-6)
7. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-7)