**FORMULARIO CI-I Usuarios**

La población meta para abordar en el seguimiento al Consentimiento Informado en la CCSS durante el año 2019, será:

**Hospitales Nacionales, Especializados, Regionales y Centros Especializados:** procedimientos que cuenten con Formularios específicos:

* Donación y trasplante de órganos y tejidos Reproducción
* Humana Asistida
* Resonancia Magnética Nuclear
* Terapia Hormonal Personas trans

**Hospitales Regionales, Hospitales Periféricos y CAIS:** procedimientos en Servicios de Ginecología

**CAIS y Áreas de Salud:** Servicios de odontología

**Unidad Programática**

Respuesta necesariaTexto de una sola línea*Indique el número de la unidad programática a la que pertenece el centro de salud en el que recibió la atención* 

**Nivel de complejidad del Centro AsistencialRespuesta necesariaOpción única**

Área de Salud

CAIS

Hospital Periférico

Hospital Regional

Hospital Nacional

Centro Especializado

Hospital Especializado

**Servicio o actividad por la que requirió realizar Consentimiento Informado por escritoRespuesta necesariaTipo test**

Procedimiento odontológico

Servicios de Ginecología

Donación y trasplante de órganos y tejidos

Reproducción Humana Asistida

Resonancia Magnética Nuclear

Terapia Hormonal Personas trans

Otros

**¿Sabe usted que tiene derecho a decidir si desea realizarse o no intervenciones que los profesionales de la salud le proponen?Respuesta necesaria**

Sí, sé que es un derecho.

No, desconocía sobre ese derecho.

**¿El profesional que le atendió le explicó los riesgos y beneficios del procedimiento o intervención que le realizaron y le pidió la autorización antes de hacerlo?**

SI, me brindó información y SI me pidió que firmara la autorización

SI, me brindó información y NO me pidió que firmara la autorización

NO, me brindó información y SI me pidió que firmara la autorización

NO, me brindó información y NO me pidió que firmara la autorización

**¿Entendió usted toda la información que le brindó el profesional de salud sobre el procedimiento o intervención que le realizaron?**

Sí

No

**¿Le permitió el profesional de salud hacer preguntas para aclarar dudas antes de realizar el procedimiento o intervención?**

Si

No

**¿La información brindada (riesgos, beneficios y otros) antes del procedimiento o intervención, coincidió con lo realizado?**

Si

No

**Observaciones**