



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Establecimiento de Salud:	Servicio:	Especialidad:
---------------------------	-----------	---------------

Este formulario debe ser completado por todo funcionario de la CCSS antes de desarrollar cualquiera de las actividades sujetas de consentimiento informado escrito por parte de las personas usuarias de los servicios de salud que brinda la Institución, de conformidad con el Artículo 75, inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud, el Artículo 40 del Reglamento del Expediente de Salud, el Artículo 12 del Reglamento de Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social y las demás normas atinentes a la materia.

El suscrito (a), _____, en mi condición de usuario, padre o madre, tutor, garante o representante legal de _____, doy mi consentimiento informado para que:

I. AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS O PROGRAMAS

1. Se practique por parte del personal autorizado del centro de salud, los procedimientos o programas que a continuación se detallan:

Procedimiento	Riesgos principales del procedimiento
1.1 _____	1.1 _____
1.2 _____	1.2 _____
1.3 _____	1.3 _____
1.4 _____	1.4 _____

II. AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACIÓN DE ESTUDIANTES

2. Los estudiantes cubiertos por el Reglamento para la Actividad Clínica Docente de la CCSS, claramente identificados y en compañía del tutor, puedan participar en los exámenes y procedimientos que me sean realizados en los servicios de salud institucionales, con excepción de _____; todo bajo la supervisión del docente encargado.

Si Autoriza No Autoriza

Por tanto, hago constar que de previo a la firma de este consentimiento informado, se han cumplido las siguientes condiciones:



III. CONDICIONES DEL CONSENTIMIENTO

- 1. Recibí información suficiente y comprensible sobre los beneficios y riesgos relacionados con los procedimientos o actividades propuestas, por parte de un profesional quien manifiesta ser funcionario calificado del establecimiento de salud.
- 2. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas a satisfacción. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de brindar mi consentimiento.

Aclaro, eso sí, en cualquier momento podré cambiar de opinión y cancelar la presente autorización total o parcialmente, de lo cual se dejará constancia escrita en el expediente, sin que ello signifique que se afectarán mis derechos.

IV. FIRMAS DEL FUNCIONARIO Y DEL USUARIO

Nombre del profesional que solicita el Consentimiento Informado	Cédula o identificación	Firma	Fecha
Nombre del usuario, representante legal/garante o persona en quien delega	Cédula o identificación	Firma o huella digital	Fecha

Si quien otorga el consentimiento informado no pudiese firmar, deberá imprimir su huella digital, aportar dos testigos (as) y que hablen su mismo idioma, quienes deben firmar la siguiente declaración.

Asimismo, quienes deleguen de manera libre y manifiesta su derecho a consentir en otra persona vinculada a ella por consanguinidad o afinidad, deben hacerlo frente a dos testigos, quienes deberán registrar su firma en el siguiente apartado.

V. FIRMA DE LOS TESTIGOS

Nosotros los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o actividad propuesta en _____ (nombre de la persona que delega).

Nombre completo del testigo 1	Cédula o identificación	Firma	Fecha
Nombre completo del testigo 2	Cédula o identificación	Firma	Fecha

Si se requiriese practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento informado, se deberán de utilizar formularios adicionales e incorporarlos al Expediente de Salud.